



**HAL**  
open science

# État des lieux et propositions d'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques : étude qualitative auprès des médecins généralistes du bassin grenoblois

Marion Sicardy, Noémie Strzalkowski

## ► To cite this version:

Marion Sicardy, Noémie Strzalkowski. État des lieux et propositions d'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques : étude qualitative auprès des médecins généralistes du bassin grenoblois. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02143700

**HAL Id: dumas-02143700**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02143700>**

Submitted on 29 May 2019

**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.



## 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](mailto: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>

Année : 2019

**ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION  
DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INSUFFISANTS  
CARDIAQUES : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES  
MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU BASSIN GRENOBLOIS**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Marion SICARDY

Noémie STRZALKOWSKI

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le : 23/05/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Gérald VANZETTO

Membres :

Monsieur le Professeur Gilles BARONE-ROCHETTE

Madame le Docteur Muriel SALVAT

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Monsieur le Docteur Damien GUIJARRO (Directeur de thèse)

*L'UFR 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.*

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**  
Année 2018-2019  
**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>ALBALADEJO Pierre</b>	<b>Anesthésiologie réanimation</b>
PU-PH	<b>APTEL Florent</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>ARVIEUX -BARTHELEMY Catherine</b>	<b>Chirurgie générale</b>
PU-PH	<b>BAILLET Athan</b>	<b>Rhumatologie</b>
PU-PH	<b>BARONE-ROCHETTE Gilles</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>BAYAT Sam</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>BENHAMOU Pierre Yves</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b>
PU-PH	<b>BERGER François</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
MCU-PH	<b>BIDART-COUTTON Marie</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
MCU-PH	<b>BOISSET Sandrine</b>	<b>Agents infectieux</b>
PU-PH	<b>BOLLA Michel</b>	<b>Cancérologie-Radiothérapie</b>
PU-PH	<b>BONAZ Bruno</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>
PU-PH	<b>BONNETERRE Vincent</b>	<b>Médecine et santé du travail</b>
PU-PH	<b>BOREL Anne-Laure</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b>
PU-PH	<b>BOSSON Jean-Luc</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
MCU-PH	<b>BOTTARI SERGE</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>BOUGEROL Thierry</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>BOUILLET Laurence</b>	<b>Médecine interne</b>
PU-PH	<b>BOUZAT Pierre</b>	<b>Réanimation</b>
PU-PH	<b>BRAMBILLA Christian</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>BRAMBILLA Elisabeth</b>	<b>Anatomie et de Pathologique Cytologiques</b>
MCU-PH	<b>BRENIER-PINCHART Marie Pierre</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>BRICAULT Ivan</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>BRICHON Pierre-Yves</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire</b>
MCU-PH	<b>BRIOT Raphaël</b>	<b>Thérapeutique, médecin d'urgence</b>
MCU-PH	<b>BROUILLET Sophie</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction</b>
PU-PH	<b>CAHN Jean-Yves</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>CANALI-SCHWEBEL Carole</b>	<b>Réanimation médicale</b>

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>CARPENTIER Françoise</b>	<b>Thérapeutique, médecine d'urgence</b>
PU-PH	<b>CARPENTIER Patrick</b>	<b>Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire</b>
PU-PH	<b>CESBRON Jean-Yves</b>	<b>Immunologie</b>
PU-PH	<b>CHABARDES Stephan</b>	<b>Neurochirurgie</b>
PU-PH	<b>CHABRE Olivier</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b>
PU-PH	<b>CHAFFANJON Philippe</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>CHARLES Julie</b>	<b>Dermatologie</b>
PU-PH	<b>CHAVANON Olivier</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire</b>
PU-PH	<b>CHIQUET Christophe</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>CHIRICA Mircea</b>	<b>Chirurgie générale</b>
PU-PH	<b>CINQUIN Philippe</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
MCU-PH	<b>CLAVARINO Giovanna</b>	<b>Immunologie</b>
PU-PH	<b>COHEN Olivier</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>COURVOISIER Aurélien</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
PU-PH	<b>COUTTON Charles</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>COUTURIER Pascal</b>	<b>Gériatrie et biologie du vieillissement</b>
PU-PH	<b>CRACOWSKI Jean-Luc</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique</b>
PU-PH	<b>CURE Hervé</b>	<b>Oncologie</b>
PU-PH	<b>DEBATY Guillaume</b>	<b>Médecine d'Urgence</b>
PU-PH	<b>DEBILLON Thierry</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>DECAENS Thomas</b>	<b>Gastro-entérologie, Hépatologie</b>
PU-PH	<b>DEMATTEIS Maurice</b>	<b>Addictologie</b>
PU-PH	<b>DEMONGEOT Jacques</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
MCU-PH	<b>DERANSART Colin</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>DESCOTES Jean-Luc</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>DETANTE Olivier</b>	<b>Neurologie</b>
MCU-PH	<b>DIETERICH Klaus</b>	<b>Génétique et procréation</b>
MCU-PH	<b>DOUTRELEAU Stéphane</b>	<b>Physiologie</b>
MCU-PH	<b>DUMESTRE-PERARD Chantal</b>	<b>Immunologie</b>
PU-PH	<b>EPAULARD Olivier</b>	<b>Maladies Infectieuses et Tropicales</b>
PU-PH	<b>ESTEVE François</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
MCU-PH	<b>EYSSERIC Hélène</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
PU-PH	<b>FAGRET Daniel</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>FAUCHERON Jean-Luc</b>	<b>Chirurgie générale</b>
MCU-PH	<b>FAURE Julien</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>FERRETTI Gilbert</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>FEUERSTEIN Claude</b>	<b>Physiologie</b>

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>FONTAINE Eric</b>	<b>Nutrition</b>
PU-PH	<b>FRANCOIS Patrice</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
MCU-MG	<b>GABOREAU Yoann</b>	<b>Médecine Générale</b>
PU-PH	<b>GARBAN Frédéric</b>	<b>Hématologie, transfusion</b>
PU-PH	<b>GAUDIN Philippe</b>	<b>Rhumatologie</b>
PU-PH	<b>GAVAZZI Gaétan</b>	<b>Gériatrie et biologie du vieillissement</b>
PU-PH	<b>GAY Emmanuel</b>	<b>Neurochirurgie</b>
MCU-PH	<b>GILLOIS Pierre</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>GIOT Jean-Philippe</b>	<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique</b>
MCU-PH	<b>GRAND Sylvie</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>GRIFFET Jacques</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
MCU-PH	<b>GUZUN Rita</b>	<b>Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique</b>
PU-PH	<b>HAINAUT Pierre</b>	<b>Biochimie, biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>HALIMI Serge</b>	<b>Nutrition</b>
PU-PH	<b>HENNEBICQ Sylviane</b>	<b>Génétique et procréation</b>
PU-PH	<b>HOFFMANN Pascale</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>HOMMEL Marc</b>	<b>Neurologie</b>
PU-MG	<b>IMBERT Patrick</b>	<b>Médecine Générale</b>
PU-PH	<b>JOUK Pierre-Simon</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>JUVIN Robert</b>	<b>Rhumatologie</b>
PU-PH	<b>KAHANE Philippe</b>	<b>Physiologie</b>
MCU-PH	<b>KASTLER Adrian</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>KRAINIK Alexandre</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>LABARERE José</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé</b>
MCU-PH	<b>LABLANCHE Sandrine</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b>
MCU-PH	<b>LANDELLE Caroline</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
MCU-PH	<b>LARDY Bernard</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LE PISSART Audrey</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>LECCIA Marie-Thérèse</b>	<b>Dermato-vénérologie</b>
PU-PH	<b>LEROUX Dominique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>LEROY Vincent</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>
PU-PH	<b>LETOUBLON Christian</b>	<b>Chirurgie digestive et viscérale</b>
PU-PH	<b>LEVY Patrick</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>LONG Jean-Alexandre</b>	<b>Urologie</b>
MCU-PH	<b>LUPO Julien</b>	<b>Virologie</b>
PU-PH	<b>MAGNE Jean-Luc</b>	<b>Chirurgie vasculaire</b>
MCU-PH	<b>MAIGNAN Maxime</b>	<b>Médecine d'urgence</b>

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>MAITRE Anne</b>	<b>Médecine et santé au travail</b>
MCU-PH	<b>MALLARET Marie-Reine</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>MALLION Jean-Michel</b>	<b>Cardiologie</b>
MCU-PH	<b>MARLU Raphaël</b>	<b>Hématologie, transfusion</b>
MCU-PH	<b>MAUBON Danièle</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>MAURIN Max</b>	<b>Bactériologie-virologie</b>
MCU-PH	<b>MC LEER Anne</b>	<b>Cytologie et histologie</b>
PU-PH	<b>MORAND Patrice</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
PU-PH	<b>MOREAU-GAUDRY Alexandre</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>MORO Elena</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>MORO-SIBILOT Denis</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>MOUSSEAU Mireille</b>	<b>Cancérologie</b>
PU-PH	<b>MOUTET François</b>	<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie</b>
MCU-PH	<b>PACLET Marie-Hélène</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>PALOMBI Olivier</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PARK Sophie</b>	<b>Hémato-transfusion</b>
PU-PH	<b>PASSAGIA Jean-Guy</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François</b>	<b>Anesthésiologie réanimation</b>
MCU-PH	<b>PAYSANT François</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>PELLETIER Laurent</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>PELLOUX Hervé</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>PEPIN Jean-Louis</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>PERENNOU Dominique</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
PU-PH	<b>PERNOD Gilles</b>	<b>Médecine vasculaire</b>
PU-PH	<b>PIOLAT Christian</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
PU-PH	<b>PISON Christophe</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>PLANTAZ Dominique</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>POIGNARD Pascal</b>	<b>Virologie</b>
PU-PH	<b>POLACK Benoît</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>POLOSAN Mircea</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>PONS Jean-Claude</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>RAMBEAUD Jean-Jacques</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>RAY Pierre</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction</b>
MCU-PH	<b>RENDU John</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>RIALLE Vincent</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication</b>
PU-PH	<b>RIGHINI Christian</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>

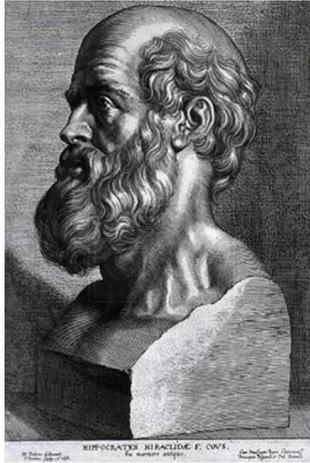
<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	<b>ROMANET Jean Paul</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>ROSTAING Lionel</b>	<b>Néphrologie</b>
MCU-PH	<b>ROUSTIT Matthieu</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie</b>
MCU-PH	<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	<b>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</b>
MCU-PH	<b>RUBIO Amandine</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
MCU-PH	<b>SATRE Véronique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>SAUDOU Frédéric</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>SCHMERBER Sébastien</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>SCOLAN Virginie</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>STAHL Jean-Paul</b>	<b>Maladies infectieuses, maladies tropicales</b>
PU-PH	<b>STANKE Françoise</b>	<b>Pharmacologie fondamentale</b>
MCU-PH	<b>STASIA Marie-José</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>STURM Nathalie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
PU-PH	<b>TAMISIER Renaud</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>TERZI Nicolas</b>	<b>Réanimation</b>
MCU-PH	<b>TOFFART Anne-Claire</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>TONETTI Jérôme</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>VANZETTO Gérald</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>WEIL Georges</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>ZAOUI Philippe</b>	<b>Néphrologie</b>
PU-PH	<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale

**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



## **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 donnerai 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.*

## *Remerciements du jury*

*A Monsieur le Professeur Gérald VANZETTO* : Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Votre enseignement durant nos années d'externat nous a sensibilisées à votre spécialité.

*A Monsieur le Professeur Gilles BARONNE ROCHETTE* : Merci de l'intérêt porté à notre travail et de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.

*A Madame le Docteur Muriel SALVAT* : Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. En tant qu'experte de l'insuffisance cardiaque et membre de l'équipe du RESIC, votre regard sur notre travail nous est précieux.

*A Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU* : Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Votre statut de médecin généraliste est un atout dans l'expertise de notre travail.

*A Monsieur le Docteur Damien GUIJARRO* : Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de t'être plongé dans l'aventure de la recherche qualitative avec nous. Nous te remercions pour ton soutien ainsi que pour le temps et la patience que tu nous as accordés.

## *Remerciements communs*

*A tous les médecins généralistes* qui ont pris le temps de participer à cette thèse, malgré un emploi du temps plus que chargé.

Merci de nous avoir accordé ce temps et de l'avoir fait dans la joie et la bonne humeur. Sans vous ce travail n'existerait pas.

*A Kévin*, des bancs de l'amphi de P2 aux bancs du DMG, une décennie s'est déroulée à tes côtés.

Merci pour tous ces moments partagés ensemble. Tu nous as largement guidées et soutenues dans notre travail. Sois assuré de nos éternelles reconnaissances et amitiés.

# Remerciements Marion

## A ma famille

*A mes parents*, je vous remercie de m'avoir toujours permis de réaliser mes rêves et de m'avoir poussée quand il le fallait. Maman, Papa malgré mon indépendance et nos désaccords je suis fière que vous soyez mes parents.

*A mon frère Armand*, j'espère que tu es heureux dans ta toute nouvelle aventure de papa et qu'Anaïs et la petite Joséphine te comblent pleinement dans cette nouvelle vie. Dommage que Rouen ne soit pas en périphérie de Grenoble ou vice versa, pour faciliter les réunions familiales. Que votre vie à tous les trois soit pérenne et remplie de bonheur.

*A ma sœur Gabrielle*, j'espère que tu es comblée dans ta vie lyonnaise et que tu rencontreras un fidèle compagnon de route parce qu'Andy commence à se sentir seul en tant que seul beau-fils. Poursuis dans cette voie en laissant de côté ce qui est inutile, et tu accèderas à tout ce que tu veux.

*A mes grands parents*, pour la plupart partis trop tôt pour me voir le jour J. Je suis persuadée que vous auriez été fiers de moi.

## A ma belle-famille

Merci à *Catherine et Alain*, mes beaux parents pour m'avoir si bien accueillie dans votre famille. Merci pour tous ces moments partagés (de la Morte, à l'Alpe d'Huez en mobylette et bien d'autres). J'espère partager encore pleins d'autres aventures avec vous.

*A Hanna, Anthony, Adélie et la toute dernière arrivée, Eléonore* : Merci de me permettre d'être une tata épanouie.

*Au reste de la famille*: Jackie, Yvette, Claude (les grands parents), les Ciarlo, les Carpentier, les Chabut, Katy et Claude pour tous ces moments partagés.

## A mes amis

*A Agnès* : On s'est connues à l'école primaire et vingt ans après tu es toujours à mes côtés. Merci pour tous ces moments partagés, pour avoir été mon témoin de mariage. Et nous voilà parties toutes les deux dans une nouvelle aventure qu'est la maternité. Je n'aurais pas pu avoir meilleure confidente pour vivre cette période. J'espère partager encore d'interminables moments avec toi et nos petites familles respectives.

*A Elsa* : Rencontré sur les bords de la piscine Tournesol il y a maintenant plus de vingt ans, tu as partagé toutes les étapes de ma vie avec moi. Tu as toujours été un soutien et une confidente. J'espère que tu es épanouie à Paris et je te souhaite le meilleur pour ta vie future.

*A l'USSE natation* : Merci à mes entraîneurs, mes copains de la piscine, l'équipe des maîtres. Les nombreuses heures à souffrir dans cette piscine durant les entraînements de SA et de lactique à vos côtés m'ont aidé à me surpasser dans chaque étape de ma vie. Surtout ne changez pas, gardez vos esprits taquins même si ils sont parfois même très souvent un peu lourds.

*A Estelle* : Du collège, lycée à aujourd'hui, tant d'années se sont écoulées. Du bac, à notre année de P1 puis l'externat, je suis heureuse d'avoir accédé à ce rêve de lycée en ta compagnie. Ta carrière lyonnaise puis parisienne ne me permet pas de te voir aussi souvent que voulu mais j'espère partager encore pleins d'autres rêves avec toi.

*Aux François* : Merci pour ces dix dernières années passées ensemble. Des soirées au Cham, aux vacances à Hossegor, des jours de l'an aux premières thèses, premiers mariages, premiers trente ans et les premiers mini français(es), que de chemin parcouru. Malgré l'internat et l'éloignement géographique pour certains, je suis heureuse qu'on soit aussi proches et j'espère partager encore de nombreuses premières fois, réjouissances avec vous.

*A Noémie* : Je suis heureuse de conclure ces années d'étude avec toi. Je suis fière de nous. On aura partagé des bons moments comme des gros craquages avec cette thèse. Heureusement qu'O'malley était là pour nous divertir dans les moments difficiles. Je te souhaite de réaliser tous tes rêves.

Merci à ta maman pour la relecture des entretiens, cela n'a pas dû être une partie de plaisir.

*Renaud* prends bien soin de Noémie et d'O'malley. Je te souhaite d'être épanoui dans tous les pans de ta vie.

*A Lisa* : Toutes ces années passées ont été pleines de rebondissements : des soirées QG aux soirées coloc, au dance floor du Barberousse. Ton exil à Annecy ne nous permet pas autant de folie mais j'espère que cette nouvelle vie te remplira de bonheur.

*A Cloé* : Tu es un peu comme le soleil pour moi. Sans toi tout est toujours plus terne. Merci pour ton enthousiasme et ta joie de vivre au quotidien quelque soit l'heure et les circonstances.

*A Manon et Yann* : Merci pour votre gentillesse à tous les deux. Restez comme vous êtes, vous êtes un couple modèle.

*A Natacha et Arnaud* : Vous ferez des parents formidables. Plein de bonheur pour cette nouvelle vie à trois. J'espère que votre mini vous ne tiendra pas d'Arnaud sur la vitesse de mastication.

*A Gülay et Kürşat* : C'est le remerciement qui m'a pris le plus de temps , rien que le temps de trouver le « ü » et le « ş » dans les caractères spéciaux ! Je vous souhaite plein de bonheur dans votre nouvelle vie strabourgeoise à trois. J'espère vous voir très vite.

*A Clément* : Depuis le début de l'internat les occasions se font rares. J'espère que ta vie avec *Lulu* entre Caen et Paris te comble tant sur le plan personnel que professionnel.

*A Ced* : Merci pour ta soif de culture et de voyage que tu nous fais partager. Tu nous as bien manqué ces six derniers mois. Et comme tu nous manquais trop on a attendu ton retour d'Amérique du sud pour la soutenance de cette thèse.

*A Carote* : Caen c'est beaucoup trop loin pour partager autant de moments que ceux qu'on a pu vivre ensemble pendant l'externat. J'espère que tu reviendras vite dans ta contrée natale.

*A Machine* : Merci pour ton incroyable richesse de vocabulaire qui nous a bien fait rire ces dix dernières années et qui continue encore à nous faire rire. Comme tu dirais : à mardi.

*A Pouch* : Egal à toi même, merci de faire des apparitions furtives de temps en temps. Ces moments aussi rares soient ils sont toujours aussi drôles.

*A Brut* : Tu es le seul à avoir deux remerciements, j'espère que tu en tiendras compte. Merci pour ton soutien, tes conseils, et nos échanges pendant ces dix dernières années. Tu es un excellent confident.

*A Juju, Cam et Clara* : On manque d'occasions pour se faire des petites soirées entre filles. Merci à toutes pour votre enthousiasme légendaire et votre grain de folie.

*A la Gynéco team* : *Cécilia, Meryam, Marie, Alice*. Ce semestre à Annecy a été riche en soirées, fous rires, émissions télévisées en tout genre ! Je n'aurais pas pu rêver de meilleures co-internes pour commencer cet internat. Malgré cet éparpillement géographique, nos petites retrouvailles sont toujours aussi riches en émotions.

*A Manon D* : Une belle rencontre durant ce stage des urgences. Les petits restos du midi avec Nono sont toujours des interludes riches en fous rires.

*A MGG* : Je n'aurais pas parié sur le fait qu'on soit amis ce jour quand je t'ai vu pour la première fois. Et pourtant, on s'est bien marrés en médecine interne à la mutualiste malgré un semestre bien chargé. Heureuse de cette rencontre et de partager des petits week-ends lyonnais et bientôt nantais avec Mallory et toi.

*A Chloé R* : 7 ans dans la même promo à se croiser sans jamais se parler. Il a fallu mon avant dernier semestre pour qu'on se rencontre et devenir amies, j'en suis plus que ravie. On s'est bien amusées pendant ces six mois avec Elliott et Thomas. Les petits bars du soir et les petits thés avec Cécilia sont toujours des moments de plaisir.

*Au Crou* : Margaux, Breton : les rescapés grenoblois, Lolo, Max : les néo-lyonnais, Polo : le gaston, Cyrielle et François : les suiveurs de barrage, Anaïs, Val : les marseillais, Raphaëlle et Alexis : les américains et enfin Antoine le navigateur. Merci pour tous ces moments passés ensemble. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

*Aux Grenoblois* : Fanny, Gilles, Anabelle, Babar, Lilou, Max, JB, Seb. Malgré cette dissémination dans la région Rhône-Alpes et au delà, nos retrouvailles au bar le vendredi soir sont toujours des moments riches en émotion. On fait une belle bande de potes hétéroclite.

A tous mes co-externes, mes co-internes, mes maîtres de stage et les médecins que j'ai pu rencontrer pendant toutes ces années de formation. Vous avez tous contribué d'une manière ou d'une autre à faire le médecin que je suis aujourd'hui.

A ceux que j'ai oubliés mais qui ont fait de moi ce que je suis.

*A Andy* : Malgré un faux départ, nous avons réussi à nous synchroniser. J'espère que notre vie ensemble ressemblera à une série de SA : interminable mais arrosée de vagues de bonheur. En tout cas la relève est là, j'ai l'impression que notre future petite fille fait déjà du papillon dans mon ventre. Tu es ma perle d'eau chlorée. Je t'aime comme un milliard de piscines + 1.

# *Remerciements Noémie*

*A Marion*, sacrée aventure cette thèse, une espèce d'expérience initiatique aussi agréable que de se couvrir de miel et se jeter dans une fourmilière. Cependant, toutefois, néanmoins, je suis heureuse que tu aies bien voulu la partager avec moi, d'avoir été capable de me tracter quand la force me manquait, un peu comme un Stana avec un petit coté sergent chef. Merci pour tout, je suis heureuse et fière d'être ton amie, et d'être à tes cotés dans cette nouvelle grande étape de la vie, après ton mariage et avant ta maternité à venir.

*A mes parents* : pour m'avoir soutenue pendant toutes ces années de médecine et m'avoir supportée même quand j'étais plus qu'insupportable, dans ma crise d'ado à retardement puis dans mes angoisses, puis dans les rechutes régulières des deux évènements sus nommés. Merci de votre gentillesse, votre tendresse et votre patience.

*A mes soeurs* : vous êtes toujours une oreille attentive et de bon conseil, je suis impressionnée par vos parcours respectifs, je suis un peu votre groupie somme toute. Quand Sophie tu seras garde des sceaux j'espère que tu pourras me sortir de mes procès multiples et Clémentine tu seras ma caution culture afin de me sauver de l'obscurantisme et du terre à terre médical.

*A mes grands parents* : vivement une nouvelle partie de belote, chaque moment passé avec vous est comme une montagne de chantilly sur des marrons. C'est super chouette.

*A ma grand mère* : malheureusement tu ne pourras pas être là pour la soutenance, mais je te lirais ces pages pleines de rebondissements à la première occasion si tu as du mal à t'endormir.

## *Aux François et Françaises*

*Mon Lisax* tu es mon amie sous le ciel bleu avec un mojito comme dans les dark périodes (avec encore plus de mojito), j'espère qu'on continuera à randonner et à enflammer des dance floors pour les 10 prochaines années à venir au Barberousse ou ailleurs, vivement la bronzette aux Grenadines.

*Cloé* ta bonne humeur et ta gaieté m'auront requinquée plus d'une fois, vivement que tu reviennes t'installer à la maison même si j'espère que tu m'emmèneras à Vulcania avant.

*Justine* mon petit chou, merci pour ta gentillesse et ton empathie, tu vas faire des fans à Toulouse, mais reviens nous vite quand même.

*Estellou* on se voit malheureusement moins qu'avant mais partager une soirée avec toi est toujours un plaisir, tu sais toujours me surprendre.

*Carotte* merci pour ces soirées et ces vacances passées ensemble, en Thaïlande ou à Amsterdam, on aura bien rigolé, loin des yeux mais pas loin du cœur, tmtc.

*Cédric* merci de m'avoir fait tourbillonner à chaque soirée, pour les coups de coudes au Rockfood et pour les fiches de lecture qui me permettent d'enrichir ma bibliothèque. Vire moi vite cette boucle d'oreille de beatnik on va croire que t'es de gauche.

*Natachou et Arnaud*, de la full moon au saut de l'ange à Hossegor, vous allez être des parents épatants et responsables, même si possiblement d'un enfant avec une moitié de sourcil seulement.

*Manon et Yann* merci de votre gentillesse et votre bienveillance constantes à tous les deux.

*Machinou*, tu es notre petit Larousse, cool & sexy comme ton t-shirt, merci de me faire rire même si c'est souvent à mes dépens.

*Clément et Lulu*, des poiriers de Clément devant les enceintes à une partie de minigolf au bord de la manche, le temps a passé mais les souvenirs restent pour le moins épiques.

*Gülay et Kürşat*: la caution glamour du groupe, on ne sait jamais si vous allez apparaître aux soirées mais on l'espère chaque fois en tout cas. Je vous souhaite beaucoup de félicité dans votre nouvelle vie à 3.

*Pouchon*, j'espère qu'un jour tu m'emmèneras sauter en parachute ou faire un tour sur ta sublime moto, et j'espère que ce jour là ne sera pas celui où tu feras un quelconque virage maniaque par déformation professionnelle.

*Brutinou* : double dédicace, merci pour ton aide dans ce travail, pour ta gentillesse et ta présence.

*A Andy*, merci camarade de rendre Marion heureuse, tu vas être un papa formidable.

*A Manon D* : meuf on a fait nos premiers pas d'internes ensemble, partagé nos grandes angoisses et nos techniques de poses de spéculum, et ça ça pèse. J'ai hâte de boire du beaujolais en faisant semblant de courir ce semi marathon.

*A Matthieu et Mallory* : MGG qu'est ce qu'on aura pu râler devant nos cordons bleus au self de l'hôpital, c'était un soulagement de pouvoir être cynique et désobligeante sans culpabiliser. On est loin d'être des prodiges de l'escape game mais c'est sûr qu'il y a un potentiel à exploiter. J'espère continuer à vous voir et venir bientôt faire le plein d'iode sur l'atlantique.

*A mes amis d'Erasmus*, Manon, Anthéa, Anne, Ivan, Andrea, Sasha, Vlad, merci pour ces incroyables mois finnois qui resteront un souvenir peu studieux mais ô combien mémorable. Sans ça j'aurais peut être été mieux classée à l'ECN, mais je ne regrette rien. Ou pas grand chose (oupsi). Kiitos.

*A mes co internes* qui ont égayé tous mes stages, Sylvain, Nico, Sally, Fred, Clémence, Clémentine, Sarah et les autres, on aura vécu quelques galères mais on aura quand même aussi bien ri, globalement. Et appris des choses aussi.

*A mes copines de P1*, Bérénice et Delphine, sans vous je n'aurais sans doute pas survécu à ces deux premières années ou en tout cas avec une santé mentale encore plus douteuse.

*A mon Preppy* merci d'être toujours mon meilleur ami depuis toutes ces années, te retrouver au QG dignois ou ailleurs est toujours une fête.

*A Renaud*, mon grand fauve, c'est sur ce n'est pas un long fleuve tranquille, ça serait plutôt comme la jungle amazonienne, ça peut être hostile parfois mais c'est beau, c'est riche et plein de couleurs (tu noteras la libre inspiration de notre appétence mutuelle pour les documentaires d'arte et de netflix) J'ai hâte qu'on parte découvrir le monde tous les deux.

Ps : N'oublie pas de prendre du pain.

*Et enfin à O'maley*, mon Jean-miasme, pour ton choupisme qui m'offre un spectacle quotidien, envahi le dossier photos de mon téléphone et spame les messageries de mes sœurs.

# TABLE DES MATIERES

RESUME.....	19
ABSTRACT.....	21
LISTE DES ABREVIATIONS.....	22
INTRODUCTION.....	23
METHODE.....	28
Méthode qualitative.....	28
Echantillonnage.....	28
Recueil des données.....	28
Transcription.....	29
Analyse.....	29
Réglementation.....	30
RESULTATS.....	31
Caractéristiques de l'étude.....	31
Echantillon.....	31
Entretiens.....	32
Analyse.....	34
I - Communication MG-cardiologues.....	34
II - RESIC38.....	36
III - Prise en charge médicamenteuse.....	37
IV - Adhésion, observance, éducation thérapeutique : approche centrée patient.....	38
V - Pratique du MG dans le suivi, la coordination des soins du patient.....	41
VI - Formation.....	42
DISCUSSION.....	44
Principaux résultats.....	44
Données de la littérature.....	45
Ressentis.....	45
Améliorations.....	46
Forces et faiblesses.....	48
Originalité de l'étude.....	48
Méthodologie.....	48
Recueil des données.....	49
Analyse des données.....	49
Ouverture.....	50
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	57
Annexe 1 : Mail d'information envoyé aux médecins généralistes.....	57
Annexe 2 : Canevas d'entretien initial.....	58
Annexe 3 : Canevas d'entretien modifié.....	60
Annexe 4 : Grille de caractéristiques socio-démographiques.....	62
Annexe 5 : Explications données oralement aux médecins généralistes avant chaque entretien.....	63
Annexe 6 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes interrogés.....	64
Annexe 7 : Estimation du nombre de patients insuffisants cardiaques dans leur patientèle/appréhension de la maladie.....	65
Annexe 8 : Carte géographique représentant la localisation des différents entretiens sur le bassin grenoblois.....	66
Annexe 9 : Arborescence des codes.....	67
Annexe 10 : Codes investigateurs.....	80
Annexe 11 : Verbatim des entretiens.....	96

Focus group A .....	97
Focus group B.....	116
Entretien individuel n°1.....	135
Entretien individuel n°2 .....	140
Entretien individuel n°3.....	144
Entretien individuel n°4.....	149
Entretien individuel n°5 .....	157
Entretien individuel n°6.....	164
Entretien individuel n°7.....	170
Entretien individuel n°8.....	174
Entretien individuel n°9.....	183
Entretien individuel n°10.....	187
Entretien individuel n°11.....	191

# RESUME

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque est une pathologie grave dont l'incidence est croissante. Malgré l'offre de soins et les outils thérapeutiques actuels, sa prise en charge au quotidien reste imparfaite.

**Objectif :** Ce travail avait pour but de faire un état des lieux sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques par les médecins généralistes du bassin grenoblois et de recueillir leurs propositions afin d'améliorer cette dernière.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi directifs en focus groups et individuels entre juillet 2018 et mars 2019 sur le bassin grenoblois.

**Résultats :** Vingt et un médecins généralistes ont été interrogés. Il existait une diversité de ressentis de la part des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en fonction de leur lieu d'exercice. Ont été soulevés des écueils dans la communication avec les cardiologues, des disparités de relations avec le RESIC38, des difficultés dans la gestion des soins du patient, une inégalité de formation et enfin une observance au traitement variable selon le patient.

Les améliorations proposées par les médecins généralistes comprenaient l'amélioration de la communication réseau libéral/hospitalier, le rapprochement du réseau RESIC38 via la création d'antennes périphériques, le renforcement des interactions entre les différents intervenants de proximité pour améliorer le soin du patient ainsi que le développement d'outils numériques. Enfin ils soulignaient l'intérêt de poursuivre les efforts d'éducation thérapeutique en proposant le recours à des ressources paramédicales spécialisées.

## **Conclusion :**

Le ressenti des médecins généralistes confirme que la prise en charge est imparfaite malgré les moyens disponibles.

L'amélioration de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque en médecine générale passe par l'optimisation des moyens existants et l'émergence de nouvelles pratiques.

**Mots clés :** Insuffisance cardiaque, Médecine générale, Améliorations

# ABSTRACT

**Introduction** : Heart failure is a serious disease with an increasing incidence. Despite the health care offer and the therapeutic tools, day to day patient care remains imperfect.

**Objective** : This work was intended to make an inventory on the management of patients with heart failure by general practitioners in Grenoble area and collect their proposals in order to improve the latter.

**Method** : Qualitative survey ran by semi conducted interviews by focus groups and individual interviews between july 2018 and march 2019 in Grenoble city basin.

**Results** : Twenty one general practitioners were interviewed. There was a diversity of feelings among general practitioners regarding the management of patients with heart failure according to their place of exercise. There have been pitfalls in the communicating with cardiologists, disparities in relations with the RESIC38, difficulties in the management of patient care, unequal training and, lastly, adherence to treatment depending on the patient.

The improvements proposed by the general practitioners included improving the liberal/hospital networks communication, the reconciliation of the RESIC38 network via the creation of peripheral antennas, strenghtening interactions between the various actors of proximity to improve the patient care, as well as the development of digital tools. Finally they underlined the importance of continuing therapeutic education efforts for patients by proposing the use of specialized paramedics ressources.

**Conclusion** : The feeling of general practitioners confirms that patient care is not perfect despite the available means. Improving the management of the heart failure patients in general practice requires the optimization of existing ressources and the emergence of new practices.

**Key words** : Heart failure, General practice, Improvement

# LISTE DES ABREVIATIONS

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CDS : Centre de santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Education thérapeutique du patient

FEVG : Fraction d'éjection ventriculaire gauche

HAS : Haute autorité de santé

IC : Insuffisance cardiaque

IDE : Infirmier diplômé d'état

MG : Médecin(s) généraliste(s)

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

RESIC : Réseau des insuffisants cardiaques

VAD : Visite à domicile

# INTRODUCTION

## **Le contexte**

L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome clinique permanent ou transitoire qui peut révéler une pathologie cardiaque spécifique ou systémique. Dans la plupart des cas elle relève d'un dysfonctionnement permanent du coeur installant le patient dans une maladie chronique aux conséquences lourdes pour lui, son entourage et la société.

Les maladies chroniques dont l'insuffisance cardiaque représentent un enjeu majeur dans la stratégie nationale de santé<sup>1</sup>.

En effet, l'incidence de l'insuffisance cardiaque s'accroît avec l'âge. Avec l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'amélioration globale de la survie, le nombre de personnes concernées par l'insuffisance cardiaque ne cesse de s'accroître. On estime une augmentation de 30% de la population des insuffisants cardiaques ces dix dernières années en France<sup>2</sup>.

En France, la prévalence de l'insuffisance cardiaque dans la population générale a été dernièrement réévaluée à 2,3% (environ 1,5 million de patients) mais il est possible que ce nombre soit sous-estimé<sup>3</sup>.

Les conséquences de la maladie sont sévères avec une altération profonde de la qualité de vie et une mortalité importante<sup>4</sup>.

La prise en charge de cette pathologie nécessite un suivi ambulatoire régulier ainsi que des hospitalisations itératives au décours des décompensations. Ceci implique une bonne coordination des acteurs médicaux et para médicaux en lien avec cette pathologie.

## **Les moyens de traiter la maladie**

On décrit deux grand types d'insuffisance cardiaque chronique selon que la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) est préservée ou altérée (<40%). A noter qu'une troisième

catégorie d'insuffisance cardiaque à FEVG « moyennement » altérée a été définie dans les dernières recommandations européennes plutôt dans l'idée de promouvoir les efforts de recherche dans le domaine<sup>5</sup>.

La Haute autorité de santé (HAS) a défini dans ses recommandations datant de 2014 des objectifs précis concernant la prise en charge des patients insuffisants cardiaques<sup>6</sup>.

Les objectifs thérapeutiques qui sont rappelés dans ces recommandations sont d'améliorer la qualité de vie en soulageant les symptômes et en permettant au patient de réaliser les activités de la vie quotidienne, de prévenir les épisodes de décompensation, de réduire le nombre et la durée des hospitalisations et enfin de ralentir la progression de la maladie et à terme la mortalité.

De nombreux progrès thérapeutiques ont été réalisés au cours des dernières décennies particulièrement dans la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée avec l'utilisation des bêta-bloquants, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et plus récemment des anti-aldostérones, du défibrillateur implantable et de la resynchronisation cardiaque. Les inhibiteurs de la néprilysine représentent désormais une nouvelle classe thérapeutique permettant d'améliorer encore le pronostic des patients restant symptomatiques<sup>7</sup>.

Cependant il n'existe actuellement pas de traitement de fond efficace dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée et moyennement altérée. A ce jour le traitement se limite aux diurétiques et à la prise en charge des comorbidités<sup>5</sup>.

Au delà du traitement pharmacologique les autres aspects de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque se basent sur de nouvelles habitudes alimentaires, un régime peu salé et une activité physique régulière<sup>5</sup>.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est donc un enjeu important pour permettre au patient d'acquérir et de maintenir des compétences dont il a besoin pour suivre ces règles, ses traitements médicamenteux et surveiller les signes cliniques qui peuvent témoigner d'un état clinique décompensé.

Malgré ces règles de prise en charge et les recommandations des sociétés savantes, la prise en charge des patients demeure imparfaite<sup>5,6</sup>.

Sur le plan médicamenteux, selon l'étude IMPACT RECO de 2007, seuls 61% des patients atteints d'insuffisance cardiaque avec une FEVG altérée recevaient une combinaison de bêta-bloquants et de bloqueurs du système rénine angiotensine. De plus, les doses cibles étaient atteintes dans seulement 49 % des cas<sup>8</sup>.

D'après des données de la caisse nationale de l'assurance maladie en 2008 (dernières données disponibles) moins de 20% des patients insuffisants cardiaques à FEVG réduite sont traités par une trithérapie associant un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un bêtabloquant et un diurétique<sup>9</sup>.

Dans un récent travail de thèse il a été identifié de nombreux freins à l'optimisation médicamenteuse en médecine générale dans cette pathologie<sup>10</sup>.

Ces différents freins se divisent en cinq grandes catégories avec des freins liés au réseau de soins, des freins liés au patient, des freins liés au médecin, des freins liés au traitement et enfin des freins techniques.

Sur le plan non médicamenteux, en France, les données de l'étude OFICSel permettront d'apporter des données de vie réelle sur le suivi des conseils alimentaires, leur compréhension par les patients et leur observance<sup>11</sup>.

En ce qui concerne la réadaptation cardiaque, son intérêt sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie est bien documenté<sup>12</sup>. Des données favorables existent également quant au

pronostic des patients<sup>5</sup>. Néanmoins, cette thérapeutique apparaît trop peu souvent prescrite en pratique.

### **L'offre de soins en Isère**

En Isère, l'offre de soins pour ces patients est riche et multiple. Plus spécifiquement dans le bassin grenoblois, elle s'articule autour du centre hospitalier universitaire (CHU), des pôles de santé privés, de la médecine ambulatoire spécialisée et générale ainsi que du maillage paramédical.

De plus les patients peuvent bénéficier des prestations d'un réseau de soins spécifiques, le réseau des insuffisants cardiaques 38 (RESIC 38) apparu en Isère en 2004<sup>13</sup>.

Ce réseau ville hôpital a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques. Les missions du RESIC38 rejoignent celles recommandées par l'HAS. Pour cela le réseau a mis en place : une coordination ville-hôpital autour d'une équipe pluridisciplinaire, un dossier de soins partagé, des référentiels de soins communs, une éducation thérapeutique proposée aux patients et à leurs familles, des formations spécialisées pour les professionnels médicaux et para médicaux.

Au delà de cette offre de soins spécifique, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est en premier lieu assurée par le médecin généraliste (MG). Chacun de ses aspects fait référence aux missions du médecin généraliste français.

Son rôle est notamment central dans le parcours de santé du patient (articulation avec les autres professionnels de santé) et le suivi du traitement, l'éducation thérapeutique mais également dans la gestion des épisodes de décompensations de la maladie.

Malgré ces moyens, le sentiment est qu'il existe une prise en charge imparfaite du patient insuffisant cardiaque en médecine générale.

## **OBJECTIF**

L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques auprès des médecins généralistes du bassin grenoblois et de recueillir leurs propositions d'améliorations de cette prise en charge.

# METHODE

## **Méthode qualitative**

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels et collectifs. Les investigatrices étaient deux internes en médecine générale. Il s'agissait de leur premier travail de recherche de ce type.

## **Echantillonnage**

Les entretiens ont été menés auprès de MG volontaires du bassin grenoblois.

Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige, par l'intermédiaire de MG connus par les deux investigateurs.

Les MG étaient contactés personnellement par messagerie privée pour solliciter leur participation et leur délivrer une information écrite sur l'étude (Annexe 1).

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé sur le bassin grenoblois.

Étaient exclus les médecins généralistes remplaçants.

## **Recueil des données**

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi dirigés collectifs et individuels jusqu'à saturation des données.

La saturation était définie comme l'absence de nouveau code obtenu au cours de deux entretiens successifs.

Les focus groups ont été menés auprès de groupes de personnes qui se connaissaient préalablement afin de profiter d'une dynamique de groupe. Ils étaient menés par les deux chercheuses, l'une comme modératrice et la seconde en observatrice. Les entretiens individuels ont été réalisés pour renforcer la validité des résultats.

La grille d'entretien a été élaborée par les investigatrices au début de l'étude (Annexe 2) et révisée (Annexe 3).

Les MG interrogés étaient informés au début des entretiens du contexte de l'étude et des modalités de recueil de leurs propos (Annexe 5).

Les entretiens étaient enregistrés grâce à des logiciels audio sur les ordinateurs des deux chercheuses.

Les entretiens individuels et les focus groups ont été menés aux cabinets des différents médecins généralistes interrogés.

Des données socio démographiques ont été recueillies lors des entretiens (Annexe 4).

### **Transcription**

La retranscription écrite s'est faite à l'aide du logiciel de traitement de texte Open Office ® en reprenant mot à mot la piste audio des entretiens.

Chaque retranscription était réalisée par l'une des deux investigatrices et l'anonymisation des personnes interrogées était réalisée à ce moment là.

Chaque personne était remplacée par une lettre correspondant à l'entretien et un numéro spécifique pour chaque participant. Les données pouvant conduire indirectement à une identification ont été supprimées.

La retranscription anonymisée de l'entretien auquel ils avaient participé a été retournée par mail aux MG pour vérifier que celle-ci correspondait bien à leurs propos.

### **Analyse**

L'analyse a été faite en description phénoménologique. Les données ont été répertoriées sous forme de codes, chacun correspondant à une idée nouvelle. L'analyse a été faite par les deux investigatrices de façon indépendante sur le logiciel Nvivo12 ® (QSR International). Ces

codes ont ensuite été discutés par les deux chercheuses pour diminuer le risque de biais d'interprétation et majorer la validité de l'analyse (Annexe 10). Les différents codes ont ensuite été regroupés par arborescence en thèmes afin d'organiser les résultats de l'étude (Annexe 9).

### **Réglementation**

Les données recueillies ont été conservées sur les ordinateurs des deux investigatrices le temps de l'étude puis ont été détruites ensuite.

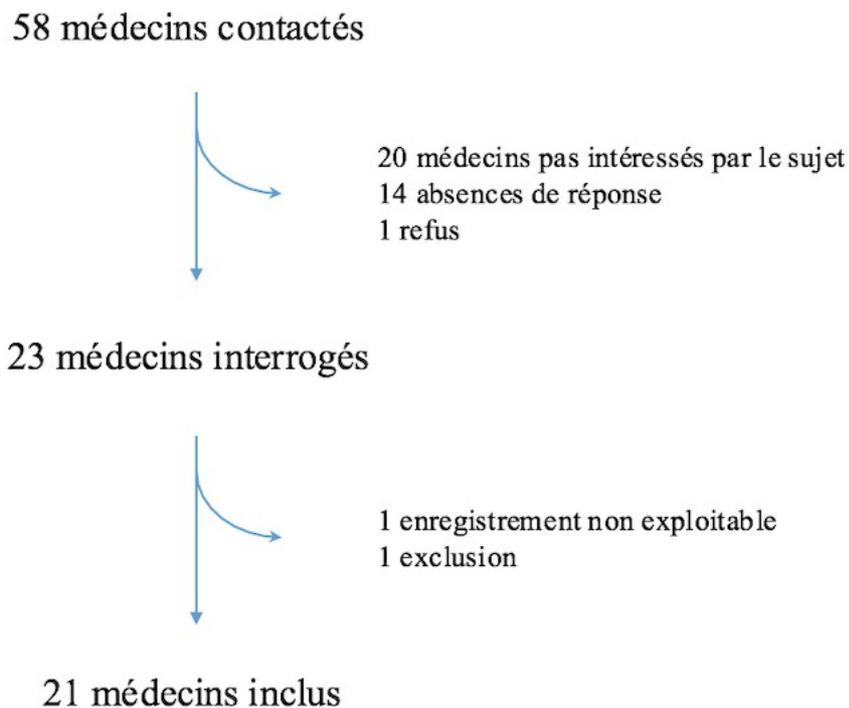
Une déclaration aux correspondants informatique et libertés a été réalisée au début de l'étude.

Les médecins généralistes interrogés étaient informés de l'enregistrement et de l'anonymisation des données au début de chaque entretien (Annexe 5).

# RESULTATS

## Caractéristiques de l'étude

### Echantillon



### Caractéristiques de l'échantillonnage

Au total 21 médecins généralistes ont été interrogés dans le bassin grenoblois entre juillet 2018 et mars 2019.

Les MG interrogés étaient répartis de manière relativement homogène sur le bassin grenoblois (Annexe 8). La majorité des MG exerçaient en milieu semi rural et en groupe. La parité était relativement respectée et toutes les catégories d'âge étaient représentées.

Les caractéristiques socio démographiques des médecins qui ont participé aux entretiens sont disponibles en annexe (Annexe 6).

## Entretiens

La grille d'entretien avait été testée sur un MG volontaire au préalable. Les questions n'étaient pas communiquées à l'avance aux participants.

Les focus groups ont été réalisés dans des structures où exerçaient plusieurs médecins.

Le tableau ci dessous présentait les différentes caractéristiques des entretiens.

	Lieu	Date	Durée de l'entretien	Nombre de participants
Focus Group 1	Cabinet	04/12/2018	39 min	5
Focus Group 2	Cabinet	14/01/2019	40 min	5
Entretien individuel 1	Cabinet	18/07/2018	28 min	1
Entretien individuel 2	Cabinet	08/08/2018	14 min	1
Entretien individuel 3	Cabinet	25/09/2018	23 min	1
Entretien individuel 4	Cabinet	22/10/2018	23 min	1
Entretien individuel 5	Cabinet	06/11/2018	19 min	1
Entretien individuel 6	Cabinet	06/12/2018	20 min	1
Entretien individuel 7	Cabinet	19/12/2018	13 min	1
Entretien individuel 8	Cabinet	07/02/2019	37 min	1
Entretien individuel 9	Cabinet	05/03/2019	15 min	1
Entretien individuel 10	Cabinet	07/03/2019	12 min	1
Entretien individuel 11	Cabinet	14/03/2019	13 min	1
Total				21

**Caractéristiques des entretiens**

## Analyse

Aucune demande de modification de la part des participants n'a été reçue après envoi des retranscriptions.

L'analyse des verbatim (Annexe 11) a mis en évidence 335 codes différents (Annexe 10). Ces codes ont été regroupés en 6 thèmes (Annexe 9).

Les thèmes abordés par les médecins interrogés étaient : la communication généraliste-cardiologue ; le réseau RESIC38 ; la prise en charge médicamenteuse ; l'adhésion, l'observance, l'éducation thérapeutique ; la pratique du MG dans le suivi, la coordination des soins du patient et enfin la formation.

Pour chaque thème retrouvé après les entretiens, deux sous parties ont été distinguées : le ressenti concernant la situation actuelle et les améliorations proposées par les médecins.

Les principaux résultats retranscrits ci-dessous concernaient les idées les plus fréquentes ou les plus pertinentes des entretiens réalisés.

### I - Communication MG-cardiologues

#### a- Ressentis

Dans l'ensemble les MG considéraient que « *la communication passe bien d'une manière générale que ce soit hôpital ou extra hospitalier* » E5p2.

Ils soulignaient que cela « *dépend du cardiologue* » FGB6p4 ainsi que de la structure hospitalière.

Plusieurs estimaient qu' « *avec les cardiologues libéraux la communication elle se fait bien parce que ce sont des gens qu'on connaît bien et avec qui on travaille régulièrement* » E2p1.

Cependant trois principales difficultés ont été évoquées par les MG. Tout d'abord un problème d' « *accessibilité aux cardiologues* » E9p1 et des « *délais de rendez-vous [qui] se sont allongés* » E6p2.

Ensuite parmi les difficultés de communication ils soulevaient le problème des délais de réception des courriers d'hospitalisation ou de consultation « *on a souvent des courriers bien après le patient donc c'est pas toujours facile de gérer le retour à domicile* » E2p1.

Enfin ils regrettaient le manque d'informations de la part de certains cardiologues sur la conduite à tenir après leur consultation « *on sait pas ce qu'ils attendent de nous en fait* » FGA2p4.

### b- Améliorations

Les MG proposaient 2 grands axes d'amélioration.

Concernant l'amélioration de la communication avec les cardiologues, certains souhaitaient développer les relations entre les MG et les cardiologues hospitaliers via des « *rencontres médecin hospitalier et médecin de ville pour peut être mettre des visages sur des noms et qu'on puisse mieux échanger les coordonnées* » E1p1.

D'autres proposaient de la faciliter par exemple en étendant l'utilisation des messageries telles que « *SISRA ça serait plus simple, en plus on a tout direct sur l'ordi* » E4p1 ou en mettant « *en place effectivement un numéro dédié à la [...] joignabilité des praticiens* » E5p2.

Par ailleurs il existait une demande d'amélioration du délai de réception des courriers en généralisant à la « *sortie d'hospitalisation une petite fiche du traitement en cours, des conclusions du bilan hospitalier* » E2p1 et de clarifier la conduite à tenir pour le MG sur ces dernières.

## II - RESIC38

### a- Ressentis

Plusieurs médecins pensaient que le RESIC38 était une bonne aide pour les patients. Parmi les MG, certains n'avaient aucune interaction avec le réseau « *moi j'ai aucun patient RESIC par exemple si ça existe toujours* » E7p2, tandis que d'autres connaissaient peu son rôle.

Le ressenti vis à vis de celui-ci était partagé. Certains considéraient « *que ça fonctionne plutôt bien* » E5p3, d'autres ne trouvaient pas d'intérêt au réseau, « *j'ai pas l'impression qu'il m'apporte plus que ce que je fais déjà* » E1p2.

Concernant l'inclusion des patients au RESIC38 plusieurs MG ont manifesté leur incompréhension sur le fait « *que ça soit pas tous les patients insuffisants cardiaques qui en dépendent* » E5p3.

Dans la communication quelques praticiens ont évoqué un manque d'échange avec le réseau au sujet des patients.

De nombreux MG ont regretté que les horaires des formations RESIC38 ne soient pas adaptés à leur emploi du temps « *ah ouais 14 heures à 16 heures formation, des fois tu te dis ça, ça doit être intéressant sauf que dans la vraie vie c'est pas possible* » FGB2p18.

L'éloignement géographique du RESIC38 a été souligné par plusieurs médecins en fonction de leur lieu d'exercice.

### b- Améliorations

Les MG ont souhaité que les équipes du RESIC38 « *communiquent plus sur ce qu'ils font, comment on peut les joindre, à quel moment ils peuvent intervenir* » E8p4.

Ils ont émis la possibilité de le « *délocaliser peut être sur des antennes périphériques* » E1p5 pour « *rajouter de la proximité* » FGB2p10.

Enfin ils aimeraient que les supports du RESIC38 soient plus adaptés à l'exercice de la médecine générale « *à la place du classeur, un beau classeur numérique [...] et qu'on puisse consulter même de notre cabinet* » FGB1p10.

### III - Prise en charge médicamenteuse

#### a- Ressentis

Pour la plupart des médecins, il existait de nombreux freins à l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse. Ils avaient des difficultés dans l'instauration et l'adaptation de certains traitements chez les patients polyopathologiques « *c'est le problème de la créat et de la majoration des diurétiques* » FGA4p9, « *des insuffisances rénales qui limitent les traitements donc on est obligé d'arrêter l'IEC un moment, de le reprendre* » E7p3.

Certains MG n'étaient pas à l'aise pour gérer le traitement de fond, c'est pourquoi ils trouvaient préférable « *chez un patient qui est instable ou déséquilibré [...] d'en discuter avec le spécialiste de telle manière à prendre des décisions opportunes* » E5p3.

A contrario, ils éprouvaient peu de difficultés à la gestion de la décompensation cardiaque en manipulant les diurétiques « *ce qui est d'augmenter les diurétiques si il y a besoin ça me pose pas de problème* » E3p3.

Ils estimaient que surveiller la tolérance et la iatrogénicité des traitements faisait partie de leur responsabilité. Ils adaptaient le suivi en fonction des changements de thérapeutique ou des anomalies biologiques « *je fais les surveillances si besoin, tu vois après notamment au niveau biologique aussi, [je donne] les consignes au patient de repasser si ça va pas* » E4p3.

Enfin, à noter qu'il existait également des freins du côté des patients, parfois liés à l'âge en lien avec la galénique « *ouvrir un sachet quand on a de l'arthrose au niveau des mains* » E6p3 ou liés au noms des molécules « *parce qu'il y a des mélanges avec, en plus les*

*génériques tout se ressemble » E6p3. Ils constataient également une adaptation du traitement diurétique par les patients selon leur mode de vie.*

#### **b- Améliorations**

L'une des idées pour améliorer la prise en charge médicamenteuse, surtout pour limiter la iatrogénie était de distribuer « *des petits fascicules avec les signes, les symptômes qui doivent alarmer » E4p3. Ils proposaient également de consigner la conduite à tenir sur les ordonnances « un truc un peu automatique dès que tu as un IEC, un diurétique d'avoir ce petit truc qui alerte » FGB6p19* notamment en cas de pathologie intercurrente.

Ils soulignaient aussi l'intérêt de réaliser « *des protocoles » FGB6p16* de surveillance pour les infirmiers diplômés d'état (IDE) libéraux et enfin de développer la communication avec les pharmaciens.

### **IV - Adhésion, observance, éducation thérapeutique : approche centrée patient**

#### **a- Ressentis**

La plupart des MG estimaient que l'adhésion et l'observance étaient « *plutôt bonne[s] » E6p3* notamment pour les patients inclus dans un réseau pluridisciplinaire. Parfois la bonne observance des patients était liée à la crainte des risques pour leur santé « *les patients quand on leur parle de coeur donc, ça leur fait peur » E8p6.*

Une partie des médecins exprimait des doutes quant à l'observance de leurs patients. Une autre ne l'évaluait pas toujours « *moi je la demande jamais » FGA2p12.*

Pour certains, l'observance paraissait imparfaite. Elle variait selon le profil des patients « *elle peut pêcher de par l'âge et les troubles cognitifs qui peuvent être associés » E1p3* et les effets des traitements sur leur mode de vie « *j'ai quand même un patient qui a des poteaux, il les*

*tolère parce qu'il supporte pas quand il va faire son marché, ses courses avec le lasilix c'est pas possible » FGB1p14.*

Dans cette problématique ils ont été nombreux à aborder le thème de l'éducation thérapeutique.

Du côté de la pratique du médecin généraliste, plusieurs praticiens estimaient n'avoir « *pas le temps de [faire de] l'éducation thérapeutique » E3p3* et n'être « *pas formé[s] à ça » E3p3.*

Certains pensaient en faire un peu à chaque consultation. Un médecin soulignait le gain de temps à long terme de l'éducation thérapeutique du patient pour le médecin généraliste

*« quand les gens s'inscrivent dans cette démarche ... ben ils font leurs trucs tout seuls, on n'a plus besoin d'intervenir » E5p6.*

Du côté de ses possibles applications dans le suivi des patients, certains médecins considéraient que cela « *dépend de l'état général du patient et de ses capacités » FGA3p18* et même « *des patients parce qu'il y a des patients qui sont plus ou moins ouverts à ce genre d'approche » E5p4.*

## **b- Améliorations**

Des propositions ont été faites par les MG pour améliorer l'observance et l'adhésion des patients. Premièrement dans leur pratique quotidienne, ils mettaient si nécessaire « *en place des soins infirmiers à domicile avec le passage, la préparation et l'administration du traitement » E1p3* et souhaitaient inscrire « *beaucoup plus de personnes dans des structures pluridisciplinaires » E5p4.*

Un des médecins insistait sur la nécessité d' « *écouter les gens et prendre en compte leurs demandes » E6p4.* Certains pensaient également réévaluer régulièrement l'observance en consultation en interrogeant les patients directement. Pour leur rappeler le rôle des traitements ils suggéraient « *des écrits parce que [...] on a beau leur parler cinq minutes du diurétique ils vont pas retenir. Il faudrait un document écrit » FGA4p13.*

Ensuite concernant l'éducation thérapeutique, ils ont mis en lumière ses intérêts pour le patient et pour le médecin.

Bien adaptée à chaque patient, elle présentait plusieurs intérêts avec notamment « *une meilleure compréhension, une meilleure adhérence* » FGB6p18, et une meilleure observance au plan de soins.

En outre elle apportait « *une approche diététique plus intéressante* » E1p4 et permettait au patient d'acquérir « *tous les critères de reconsultation, tout ce qu'il doit surveiller à domicile* » E4p7 et donc de diminuer les hospitalisations. L'ensemble permettait une responsabilisation des patients vis à vis de leur pathologie afin qu'ils soient « *acteurs de leur propre maladie* » E3p5.

Puisque « *c'est la médecine de demain l'éducation thérapeutique dans les pathologies chroniques* » E3p5, un médecin généraliste a estimé que cela « *devrait faire partie du cursus de formation des futurs médecins généralistes* » E5p6 et que cela « *devrait être obligatoire* » E5p6.

Concernant les modalités, devant le caractère chronophage de l'éducation thérapeutique, ils proposaient de confier cette mission à d'autres intervenants tels que les infirmiers du dispositif Action de santé libérale en équipe (ASALEE) « *je me demande si ça ne serait pas plus des autres soignants type infirmier type ASALEE qui sont plus à même de prendre le temps nécessaire pour bien former les patients* » E2p3.

Ils mettaient en avant leur accessibilité pour les patients grâce à leur répartition dans les différents cabinets libéraux sur le bassin grenoblois et le fait qu'« *il n'y [ait] pas d'avance de frais* » FGA1p13.

## V - Pratique du MG dans le suivi, la coordination des soins du patient

### a- Ressentis

Les MG évoquaient en majorité leurs difficultés à réaliser des visites à domicile (VAD) même si ces dernières étaient souvent nécessaires compte tenu de l'âge et de l'état clinique des patients. La visite à domicile présentait de nombreux inconvénients pour les médecins, en effet « *c'est plus chronophage* » E4p5 et « *il [...] manque des informations* » E6p4. Certains toutefois n'avaient pas « *de grosses difficultés avec les patients qui sont à domicile* » E10p3.

Une partie des médecins généralistes évoquait une surveillance clinique aléatoire des patients à domicile, qui pouvait être « *variable [selon] quelles infirmières passent* » FGA3p15.

Pour les patients suivis en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il existait des avis divergents quant au bénéfice de l'institutionnalisation sur la surveillance clinique.

Des MG ont souligné l'intérêt d'un suivi pluridisciplinaire avec les paramédicaux qui forment avec la famille un entourage réactif lors des épisodes de décompensation « *infirmières, kinés, aides soignantes... qui vont souvent nous alerter puisque ce sont elles qui voient le patient tous les jours en disant là il est essoufflé, là il grossit et caetera...* » E2p3.

Quelques MG exprimaient avoir parfois des difficultés à faire le diagnostic d'insuffisance cardiaque. Un des MG attirait l'attention sur l'importance de rechercher les signes cliniques de décompensation cardiaque en consultation.

En cas de nécessité d'hospitalisation des patients, ils ont évoqué avoir souvent des « *difficultés dans le fait de trouver une place pour les hospitaliser et [d'] être contraint de les faire passer par les urgences* » E1p1.

Cependant certains MG soulignaient une certaine facilité à hospitaliser le patient au CHU si ce dernier était inscrit au RESIC38 « *je crois que le RESIC ont des places exprès* » FGB5p10.

## b- Améliorations

Les propositions pour améliorer la VAD étaient tout d'abord de « *s'assurer d'une bonne coordination entre les différents intervenants* » E2p3 médicaux et paramédicaux présents dans la prise en charge des patients. Certains souhaitaient étendre davantage la formation des IDE libéraux à l'insuffisance cardiaque via le RESIC38 par exemple. Ils proposaient également d'organiser « *des réunions conjointes pluri-professionnelles au domicile du patient* » E1p4 avec des IDE de pratique avancée, IDE ASALEE, diététicien, IDE spécialisé en cardiologie.

Enfin, de manière à pallier au manque d'informations à domicile, ils souhaitaient que se développe l'accès à des versions portables de logiciels de gestion médicale.

Des propositions ont été également faites pour améliorer la surveillance du patient à domicile avec notamment l'intérêt d'outils numériques « *ce qui va arriver c'est la personne âgée connectée donc tu connectes sa balance, son tensiomètre qui donnent le pouls et la tension, son poids [... et] à la maison de santé t'as l'infirmière coordinatrice qui a des écrans et qui reçoit tout ça* » FGB1p16.

## VI - Formation

### a- Ressentis

Les MG exprimaient un désir de formation et soulignaient le fait que celle-ci devait faire partie intégrante de l'exercice du MG « *ça fait partie de notre boulot* » FGA1p7.

Ceux ayant participé à une formation sur l'insuffisance cardiaque reconnaissaient le bénéfice de celle-ci sur la prise en charge de leurs patients « *ça m'a complètement ouvert sur comment poser les bonnes questions, pour voir si nos patients sont en décompensation cardiaque ou pas* » E3p3. Celle-ci leur permettait en outre d'étoffer leur réseau « *ça te permet de voir les gens à qui tu adresseras tes patients* » FGA3p16.

Néanmoins ils mettaient en lumière de nombreuses entraves à la formation telles qu'un manque de temps associé à une diminution de l'indemnisation des journées de formation. Concernant les modalités, certains insistaient sur l'importance d'avoir « *un temps réservé* » E5p6 aux formations avec un format variable selon les habitudes des MG.

### b- Améliorations

Plusieurs MG ont souligné la nécessité de « *se former régulièrement* » E9p4 avec « *des professionnels qui sont, enfin qui ont l'habitude de gérer ça* » FGA1p16 au travers de « *formations [...] FMC* » E11p3. Un autre praticien voudrait être formé par « *des confrères généralistes experts dans la pathologie* » E1p4.

L'un des médecins a considéré qu'il fallait se former selon ses besoins et l'évaluation de ses propres compétences.

# DISCUSSION

## **Principaux résultats**

Il existe une disparité de ressentis des MG concernant la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, particulièrement en fonction de leur lieu d'exercice.

Ils ont fait part de certaines de leurs difficultés dans la prise en charge de ces patients.

Ces dernières peuvent être regroupées en trois grandes catégories, celles liées au réseau de soins, au médecin et enfin au patient.

De nombreuses propositions d'amélioration ont été évoquées selon ces trois principaux axes.

Concernant le réseau de soins, ils souhaitent développer les relations entre l'hôpital et le réseau libéral et fluidifier la communication avec l'ensemble des cardiologues.

Pour ce faire ils désirent entre autres, généraliser l'utilisation des messageries sécurisées ainsi qu'améliorer la joignabilité des cardiologues via des lignes téléphoniques directes.

A propos du RESIC38 ils ont émis le souhait d'améliorer la communication et l'accessibilité au réseau sur l'ensemble du bassin grenoblois en promouvant la création d'antennes réparties sur le territoire ou l'existence d'un outil numérique commun.

Au sujet de la pratique du MG, concernant la prise en charge médicamenteuse, afin de limiter la iatrogénie ils désirent renforcer l'usage des supports d'information pour le patient et son entourage et renforcer les interactions entre les différents intervenants (pharmacien, IDE, famille).

Pour ce qui est du suivi des patients qui ne peuvent se rendre au cabinet, les MG proposent d'instaurer des visites à domicile pluridisciplinaires et d'optimiser la prise en charge en s'aidant d'outils numériques tels que des logiciels de gestion médicale portables ou la télémédecine.

Pour finir, ils désirent que la formation sur l'insuffisance cardiaque soit étendue aux différents intervenants médicaux et paramédicaux. Pour cela ils soulignent l'importance de supports et de modalités de formation adaptés aux contraintes de chaque professionnel de santé.

Enfin dans l'optique d'une approche centrée sur le patient, les MG soulignent l'intérêt de démocratiser l'éducation thérapeutique. Cela permettrait au patient de mieux comprendre sa pathologie et ainsi d'améliorer son adhésion, son observance au traitement médicamenteux et aux règles hygiéno-diététiques. Les MG considèrent que les infirmiers type ASALEE ou de pratique avancée seraient les plus habilités à réaliser l'éducation thérapeutique du patient.

## **Données de la littérature**

### **Ressentis**

Les ressentis exprimés par les MG dans ce travail ont été retrouvés pour la plupart dans de nombreuses études.

En effet, concernant la communication avec les cardiologues, les délais d'accès aux rendez-vous ainsi que la variabilité des échanges selon les interlocuteurs sont des problématiques bien connues<sup>14</sup>.

Selon des recommandations bien codifiées, il est primordial que le patient en sortie d'hospitalisation ait en sa possession un document de sortie contenant toutes les informations nécessaires à la continuité du suivi<sup>6,15</sup>. Cependant la majorité des MG interrogés constatent encore la présence inconstante de ce type de document et un délai trop important dans la réception des courriers d'hospitalisations.

Dans le bassin grenoblois, le RESIC38 est un réseau dynamique dont le but est une prise en charge optimale du patient insuffisant cardiaque<sup>13</sup>.

Néanmoins, la majorité des MG avaient de nombreuses interrogations sur les missions de ce réseau et n'y trouvaient pas leur place : ils n'avaient connaissance ni du fonctionnement, ni des missions que se donne le réseau.

Dans la pratique du MG, l'écueil de la iatrogénicité et les freins à l'optimisation du traitement médicamenteux ont déjà été largement explorés dans un récent travail de recherche<sup>10</sup>.

Concernant la VAD, le sujet est complexe et les MG sont partagés. Une enquête de l'union régionale des professionnels de santé Ile de France menée en 2017 identifie les freins à la VAD pour les praticiens qui sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude à savoir le manque de temps et de rémunération, le manque de dossiers, d'accès au logiciel et des conditions matérielles insuffisantes<sup>16</sup>.

Cependant, l'augmentation de l'incidence de la maladie et le vieillissement des patients pérennisent cette pratique, essentielle aux soins ambulatoires<sup>17,18</sup>.

L'adhésion et l'observance au traitement médicamenteux et non médicamenteux sont essentielles pour limiter entre autres les hospitalisations. Elles sont toutefois imparfaites et relèvent de l'ETP. Mais cette dernière même personnalisée ne peut s'appliquer à tous les patients, notamment chez une population âgée avec des troubles cognitifs<sup>19</sup>.

## Améliorations

Les MG ont donc évoqué plusieurs pistes d'amélioration.

Pour améliorer la communication dans le réseau de soins, l'utilisation des messageries sécurisées tend à se démocratiser au fil des années. Ainsi le tableau de bord du système d'information santé Auvergne-Rhône-Alpes (SISRA) montre de janvier 2015 à janvier 2019 une augmentation progressive du nombre d'utilisateurs en Isère (médecins et professions paramédicales) jusqu'à plus de 5000 actuellement. D'après ces données la quasi totalité des MG en Isère utilise des messageries de santé sécurisées contrairement à 30% des spécialistes libéraux qui n'y ont pas recours<sup>20</sup>. Cette disparité d'utilisation de ces outils peut expliquer en

partie les problèmes de communication généraliste/spécialiste évoqués dans notre travail. Les données d'utilisation par les structures hospitalières ne sont pas disponibles.

Concernant l'amélioration du suivi du patient la télémédecine évoquée montre des résultats prometteurs y compris pour les patients les plus âgés<sup>21,22</sup>. Cette dernière occupe pour le moment une place mal définie dans le plan de soins, mais est en plein essor expérimental notamment au travers du programme expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES) en partenariat avec l'assurance maladie depuis 2014. La télésurveillance, une fois levés les freins notamment organisationnels est en bonne voie d'entrer progressivement dans la pratique courante. Cette technologie est expérimentée par le RESIC 38 depuis plusieurs années sans que les MG en soient informés<sup>13</sup>. Ce constat souligne le manque d'interaction entre les généralistes et le RESIC38 alors qu'ils partagent le même intérêt pour la télémédecine.

Au sujet de la formation, il a été souligné la nécessité d'une formation médicale continue tout au long des années d'exercice pour optimiser la prise en charge des patients par les MG<sup>23</sup>.

Par ailleurs, il paraît nécessaire de sensibiliser davantage l'ensemble des IDE libéraux à la surveillance de cette maladie. Des formations complémentaires sur cette thématique leur sont déjà accessibles au travers de la formation continue, avec une cotation d'acte spécifique lors de leur intervention auprès du patient<sup>24</sup>.

Concernant l'ETP au coeur des perspectives d'amélioration de l'observance et de l'adhésion au traitement par les patients, un rapport de 2016 de l'académie nationale de médecine souligne, comme les participants, l'importance d'un maillage territorial des structures d'ETP pour l'instant plutôt centrées sur l'hôpital<sup>25</sup>. En pratique sur notre territoire cela pourrait passer par la délocalisation des séances d'ETP sur l'ensemble du bassin grenoblois par exemple dans des antennes périphériques du RESIC38.

## **Forces et faiblesses**

### Originalité de l'étude

Cette étude est originale par son projet de recueillir le ressenti mais également les axes d'amélioration proposés par les MG dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque dans le bassin grenoblois. Aucune étude similaire n'a été retrouvée.

### Méthodologie

La participation des MG a été suffisante pour arriver à saturation des données.

Vingt neuf des trente-deux lignes directrices de la grille *consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) sont respectées, critère de qualité de la recherche qualitative.

L'intention initiale de l'étude était d'interroger directement les MG sur les pistes qui leur paraissaient pertinentes à proposer dans le cadre de leur pratique quotidienne pour améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, et donc d'élaborer un objectif en ce sens. Les MG n'ayant pas disposé du questionnaire en avance, il a finalement paru nécessaire de recueillir d'abord leur ressenti sur la situation actuelle. Ainsi il était envisageable d'espérer ensuite obtenir davantage d'idées d'amélioration.

Par ailleurs le parti a été pris de ne pas faire de distinguo entre l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée et l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. En effet, la distinction de la forme d'insuffisance cardiaque pour la prise en charge des patients en médecine générale ne paraissait pas pertinente pour le caractère général des questions posées. En outre elle apparaît comme une préoccupation secondaire pour les cliniciens.

## Recueil des données

Les deux investigatrices étaient médecins généralistes remplaçantes sur le bassin grenoblois durant l'étude. Toutes deux ont gardé un statut de pair avec les personnes interrogées pour favoriser les échanges.

Les entretiens ont été réalisés de manière semi-dirigée et comportent donc des biais inhérents à cette méthode.

L'inexpérience des deux investigatrices pour la pratique des entretiens a pu être préjudiciable à la qualité de ces derniers. En effet les relances auraient sans doute dû être mieux orientées, afin d'optimiser la dynamique des réponses.

De plus certaines réponses ont pu parfois être influencées par l'inexpérience de l'une ou l'autre des investigatrices.

Par ailleurs il n'y a pas eu d'observateur pour les entretiens individuels 4 et 9 faute de disponibilité de l'une des deux investigatrices.

## Analyse des données

En début d'entretien il a été demandé aux MG de parler de l'un de leurs patients insuffisants cardiaques. Cela avait pour but d'exprimer leur ressenti au travers d'un exemple personnel et donc d'étayer leur réponses. Les verbatim spécifiques à l'histoire de chaque patient n'ont pas été codés.

L'analyse des données par triangulation, avec un codage initial, indépendant par les deux enquêtrices, cherchait à garantir une meilleure robustesse à l'étude et éviter les biais d'interprétation des propos retranscrits. Les deux investigatrices ont ensuite élaboré une grille définitive de codes qui a permis l'interprétation des résultats.

## Ouverture

Les MG ont été capables d'identifier différentes problématiques existantes dans leur prise en charge du patient insuffisant cardiaque sur le bassin grenoblois.

En découlent de nombreuses pistes d'améliorations.

Les résultats de l'étude pourraient servir de point de départ pour mettre en œuvre certains de ces axes d'améliorations.

A court terme, il serait envisageable de développer l'éducation thérapeutique pour l'ensemble des patients insuffisants cardiaques par l'intermédiaire des IDE spécialisés de type ASALEE, une fois formés à cette pathologie.

Le développement progressif de la télémédecine apparaît également comme un outil prometteur pour faciliter le suivi des patients insuffisants cardiaques en médecine générale.

En particulier ceux suivis à domicile, au travers de la télé surveillance.

Il paraît nécessaire de redéfinir la place du MG au sein du RESIC38, réseau actif et innovant auprès des patients mais méconnu auprès de nombreux praticiens dans le bassin grenoblois.

A plus long terme, comme déjà évoqué, il pourrait être intéressant de considérer la création d'antennes délocalisées du RESIC38 afin de le rendre plus effectif et accessible aux patients vivant à distance du CHU.

On pourrait étendre cette étude aux cardiologues libéraux. Comme évoqué précédemment, la prise en charge des patients insuffisants cardiaques par le MG dépend étroitement de son interaction avec le cardiologue traitant, le plus souvent extra hospitalier. Connaître leur point de vue sur leurs relations avec les structures hospitalières, le RESIC38, ainsi que leur degré de formation sur l'insuffisance cardiaque pathologie complexe aux nouvelles thérapeutiques, serait un pas de plus vers l'optimisation de la prise en charge des patients.

# CONCLUSION

Thèse soutenue par Marion SICARDY et Noémie STRZALKOWSKI

## **Etat des lieux et propositions d'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques : étude qualitative auprès des médecins généralistes du bassin grenoblois**

Le médecin généraliste occupe par sa fonction et ses missions dans le système de soins français un rôle central dans la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique.

Dans le bassin grenoblois, les ressentis dans la pratique des médecins interrogés ont mis en évidence : des disparités dans la communication entre les différents acteurs de la prise en charge de ces patients, des difficultés dans la réalisation du soin auprès de ces derniers (risques de iatrogénie, problématique de la visite à domicile) ainsi qu'une inégalité de formation.

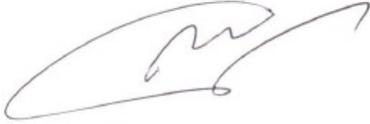
Les médecins généralistes reconnaissent l'utilité des missions du réseau de soins spécialisé RESIC pour le suivi des patients insuffisants cardiaques, mais ils s'en sentent pour autant trop souvent exclus.

Un axe d'amélioration prioritaire pour les MG interrogés est de renforcer l'éducation thérapeutique d'une part par un rapprochement avec le RESIC en proposant de délocaliser ses compétences sur le territoire, et d'autre part via l'intervention de professionnels paramédicaux spécialisés. Enfin ils proposent le développement de la télémédecine qui leur semble être un outil prometteur pour la coordination des professionnels de santé, l'amélioration du soin au patient et sa surveillance à domicile.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN



**Pr. Patrice MORAND**

Le Doyen de l'UFR de Médecine

---

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

02-05-2014  


**Pr. Gérald VANZETTO**

CHU de Grenoble  
UNIVERSITÉ de GRENoble  
Pr. Gérald VANZETTO  
CARDIOLOGIE

# BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022, un engagement collectif [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
2. Franzin-Garrec M. L'insuffisance cardiaque. Une maladie chronique en augmentation alarmante. Soins. Avr 2013;58(774):25.
3. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/note\\_methodo\\_synthese\\_documentaire\\_ic\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/note_methodo_synthese_documentaire_ic_web.pdf)
4. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJV. More 'malignant' than cancer ? Five-year survival following a first admission for heart failure. European Journal of Heart Failure. 2001;3(3):315-22.
5. 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.
6. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins insuffisance cardiaque [Internet]. [cité 21 fev 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque)
7. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1409077>. 2014 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1409077?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1409077?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov)

8. Grootte P de, Isnard R, Assyag P, Clerson P, Ducardonnet A, Galinier M, et al. Is the gap between guidelines and clinical practice in heart failure treatment being filled? Insights from the IMPACT RECO survey. *European Journal of Heart Failure*. 2007;9(12):1205-11.
9. Assurance Maladie. Points de repère [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/points\\_repere\\_n\\_38.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/points_repere_n_38.pdf)
10. Mathieu D, Desbois C. Les freins à l'optimisation des traitements médicamenteux de fond de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée par le médecin généraliste.
11. OFICSel – Observatoire Français de l'Insuffisance Cardiaque et du Sel [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <http://oficssel.org/>
12. Taylor RS, Walker S, Smart NA, Piepoli MF, Warren FC, Ciani O, et al. Impact of Exercise Rehabilitation on Exercise Capacity and Quality-of-Life in Heart Failure: Individual Participant Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2 avr 2019;73(12):1430-43.
13. Resic38 > Accueil [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.resic38.org/>
14. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open* [Internet]. 30 nov 2016 [cité 5 mai 2019];6(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5168518/>
15. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche\\_descriptive\\_qds\\_mco\\_9.12.2015.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_qds_mco_9.12.2015.pdf)
16. Commission médecine libérale et santé publique. ENQUETE Le médecin libéral au domicile du patient : un enjeu de santé publique ? Janvier-Février 2017 [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921\\_URPS-IDF\\_visites\\_a\\_domicile.pdf](https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF_visites_a_domicile.pdf)

17. Netgen. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-537/Visite-a-domicile-par-le-medecin-de-famille-etat-des-lieux-en-Europe-et-en-Suisse>
18. Close H, Hancock H, Mason JM, Murphy JJ, Fuat A, de Belder M, et al. “It’s Somebody else’s responsibility” - perceptions of general practitioners, heart failure nurses, care home staff, and residents towards heart failure diagnosis and management for older people in long-term care: a qualitative interview study. BMC Geriatr. 5 juill 2013;13:69.
19. Shestakova MV, Vasilenko AF, Karpova MI, Grigorieva EA, Epaneshnikova NV, Kochetkov IV. [Cognitive impairment and compliance in chronic heart failure]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2017;117(6. Vyp. 2):53-7.
20. Tableau de bord MonSisra - Tableaux de bord Sisra [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.sante-ra.fr/poulpy/public/mon-sisra-tdb/>
21. Koehler F, Koehler K, Deckwart O, Prescher S, Wegscheider K, Kirwan B-A, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. Lancet. 22 2018;392(10152):1047-57.
22. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto- Merino D, Cleland JG. Structured telephone support or non- invasive telemonitoring for patients with heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2019];(10). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007228.pub3/full>
23. Barrios V, Escobar C, Pallares V, Egocheaga MI, Lobos JM, Bover R, et al. Programa MICCAP (Manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Cardiología y en Atención Primaria): mejorando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Medicina de Familia SEMERGEN. 1 nov 2018;44(8):572-8.
24. Décision du 28 février 2017 de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l’assurance maladie.

25. Jaffiol C, Godeau P, Grobois B. Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste [Internet]. Académie nationale de médecine; 2016 juin [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Mail d'information envoyé aux médecins généralistes

Bonjour,

Pour l'élaboration de notre thèse de médecine générale, nous souhaitons réaliser des focus group ou des entretiens individuels avec des médecins généralistes installés sur le bassin grenoblois.

Ces entretiens ont pour but de connaître votre perception de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en médecine générale et de savoir quelles seraient vos propositions pour améliorer cette dernière.

La durée est d'environ 45 minutes.

Seriez vous disponibles ces prochaines semaines pour réaliser cet entretien ?

Nous apportons petits gâteaux maison et boissons.

Merci beaucoup de vos réponses

Bonne journée

Noémie Strzalkowski et Marion Sicardy

## Annexe 2 : Canevas d'entretien initial

### Questions d'introduction :

1 : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque? Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?

2 : Si vous pensez à vos patients insuffisants cardiaques, pouvez vous nous parler d'un patient qui vous vient spontanément/vous a marqué / posé des difficultés, pour x raison ?

### I : Concernant les freins liés au réseau :

1a : Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues (hospitaliers, libéraux) et vous mêmes (médecins généralistes) ? *Au niveau de l'accès téléphonique, courriers, conduites à tenir, adaptations des traitements*

1b : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

2a : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ? Si peu ou pas de réponse : Quelles sont vos attentes vis à vis de celui-ci?

2b : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

### II : Concernant les freins liés au patient :

1a : Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

1b : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

2a : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

2b : Comment envisageriez vous de les améliorer ?

3a : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile?

3b : Comment envisageriez vous d'améliorer cela ?

### III : Concernant les freins liés au médecin :

1 : Voudriez vous être davantage formé à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée ?

Si oui : Comment ?

2a : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique (concernant l'insuffisance cardiaque) ?

2b : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

3 : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

## Annexe 3 : Canevas d'entretien modifié

### Questions d'introduction :

1. Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque? Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?
2. Si vous pensez à vos patients insuffisants cardiaques, pouvez vous nous parler d'un patient qui vous vient spontanément/vous a marqué / posé des difficultés, pour x raison ?

### I : Concernant les freins liés au réseau :

1a : Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues (hospitaliers, libéraux) et vous mêmes (médecins généralistes) ? *Au niveau de l'accès téléphonique, courriers, conduites à tenir, adaptations des traitements*

1b : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

2a: Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ? Si peu ou pas de réponse : Quelles sont vos attentes vis à vis de celui-ci ?

2b : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

### II : Concernant les freins liés au patient :

1a : Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

1b : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

2a : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements de l'insuffisance cardiaque par vos patients ?

2b : Comment envisageriez vous de les améliorer ?

3a : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD et/ou des patients vus à domicile ?

3b : Comment envisageriez vous d' améliorer cela ?

### III : Concernant les freins liés au médecin :

1: Voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

Si oui : Comment ?

2a : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique (concernant l'insuffisance cardiaque), pour vous même et/ou pour les patients ?

2b : Selon vous que cela apporterait-il au médecin ? Et au patient ?

3: Avez vous d'autres éléments à apporter ?

## Annexe 4 : Grille de caractéristiques socio-démographiques

**Sexe :**

- masculin
- féminin

**Age :**

- entre 28 et 35 ans
- entre 35 et 45 ans
- entre 45 à 55 ans
- plus de 55 ans

**Médecin installé exerçant :**

- seul
- en groupe
- en maison de santé
- centre de santé

**Médecin installé depuis :**

- moins de 5 ans
- 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 :**

- oui
- non

**Médecin enseignant à la faculté de médecine :**

- oui
- non

**Médecin maître de stage universitaire :**

- oui
- non

## Annexe 5 : Explications données oralement aux médecins généralistes avant chaque entretien

Bonjour, Marion Sicardy et Noémie Strzalkowski, nous sommes médecins remplaçants en médecine générale. Nous sommes ici pour discuter avec vous des patients souffrants d'insuffisance cardiaque.

Une précédente thèse a recherché quels étaient les freins à l'optimisation du traitement de ces patients en cabinet de médecine générale.

En sont ressortis des freins organisationnels vis à vis du réseau de soins, d'autres liés aux patients et aux médecins, et enfin certains liés aux traitements eux mêmes, nous les développerons tous au cours de cet entretien.

L'objectif de notre thèse est de réaliser dans un premier temps un état des lieux afin de connaître les positions des médecins du bassin grenoblois sur ces différents freins, puis de rechercher des moyens de réduire ces derniers grâce à leurs propositions.

Nos questions iront donc dans ce sens.

Nous allons, si vous le permettez, enregistrer cet entretien à l'aide d'un dictaphone sur nos téléphones et ordinateurs portables. L'entretien sera entièrement retranscrit puis analysé. Votre identité sera anonymisée dès le départ. Il nous faut cependant votre consentement.

Si vous êtes d'accord, nous allons pouvoir commencer.

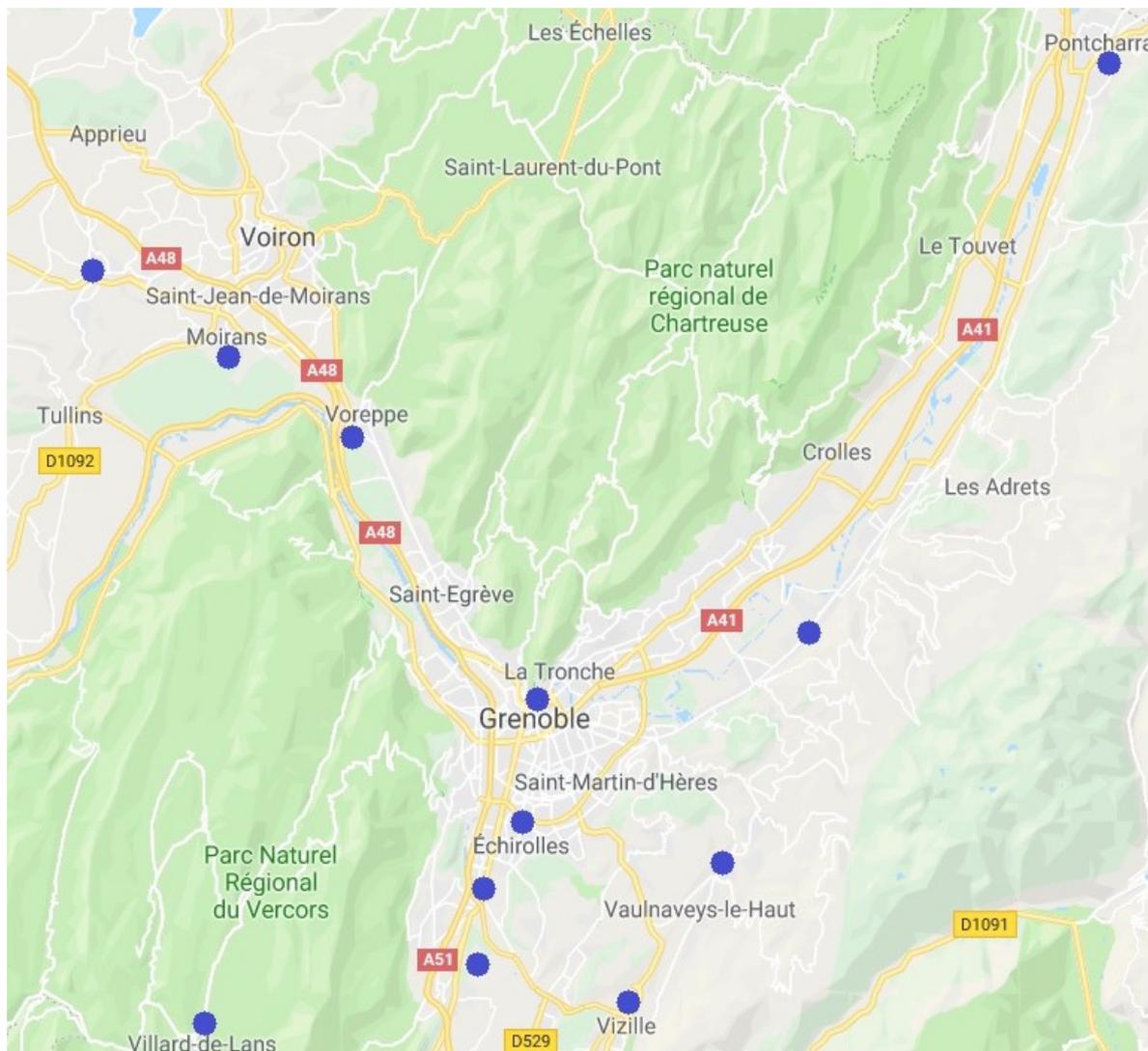
## Annexe 6 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes interrogés

Médecin d'entretien		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	FGA1	FGA2	FGA3	FGA4	FGA5	FGB1	FGB2	FGB3	FGB5	FGB6	Total
Sexe	Masculin	1	1		1	1	1		1	1								1	1				9
	Feminin			1				1			1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	12
Age (ans)	28-35								1		1	1	1				1			1	1		7
	35-45			1	1			1		1				1	1	1			1				8
	45-55	1																				1	2
	> 55		1			1	1											1					4
Mode d'exercice	Seul						1																1
	Groupe	1		1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1						13
	MSP		1															1	1	1	1	1	6
	CDS							1															1
Durée d'installation (ans)	0-5				1			1	1		1	1	1				1			1	1		9
	5-10									1				1	1	1							4
	10-20	1		1															1		1	1	5
	> 20		1			1	1											1					4
Milieu d'exercice	Urbain			1				1															2
	Semirural	1			1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	Rural										1												1
	Montagne		1																				1
Validation d'un stage en cardiologie durant l'internat	Oui	1			1	1		1	1	1		1		1	1						1		10
	Non		1	1			1				1		1	1			1	1	1	1		1	11
Médecin enseignant à la faculté	Oui	1							1								1						3
	Non		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	17
MSU	Oui	1	1			1	1			1			1	1	1	1	1	1	1			1	13
	Non				1			1	1		1	1								1	1		7

Annexe 7 : Estimation du nombre de patients insuffisants cardiaques dans leur patientèle/appréhension de la maladie

	Estimation du nombre de patient insuffisant cardiaque dans leur patientèle	Perception de leur ressenti dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques
FGA1	4 / 180	Pas à l'aise
FGA2	7 / 700	Peu à l'aise
FGA3	1 / 500	Assez à l'aise
FGA4	6 / 600	Peu à l'aise
FGA5	5 / 700	Assez à l'aise
FGB1	20 à 30 / 1000	Oui
FGB2	30 / 950	Oui
FGB3	7 ou 8 / 200	Peu à l'aise
FGB5	20 / 650	Oui
FGB6	20 / 1000	Oui
E1	50 /1000	Oui
E2	20 /1600	Moyennement
E3	Moins de 10/ 1000	Oui
E4	50 /1300	Oui
E5	20/ 1200	Oui
E6	20 / 2000	Oui
E7	20 / 800	Moyennement
E8	30 / 1000	Oui
E9	10 / 1200	Oui
E10	5 ou 6 / 900	Oui
E11	20 / 700	Oui

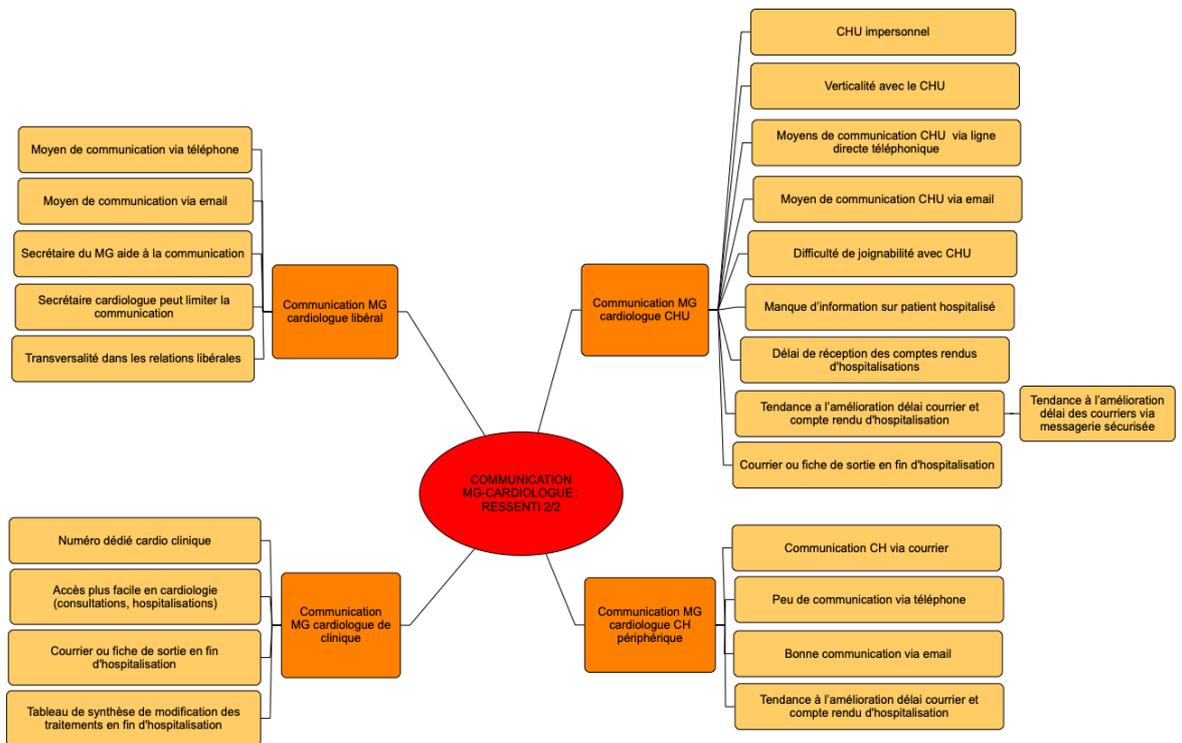
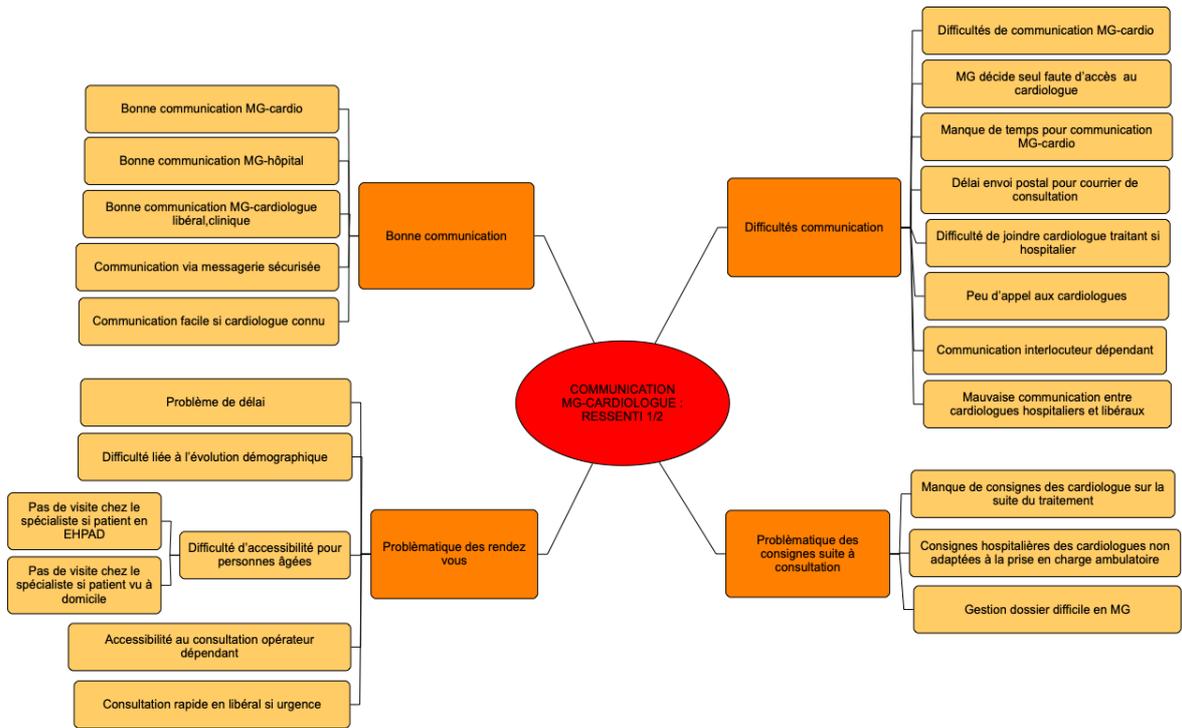
Annexe 8 : Carte géographique représentant la localisation des différents entretiens sur le bassin grenoblois

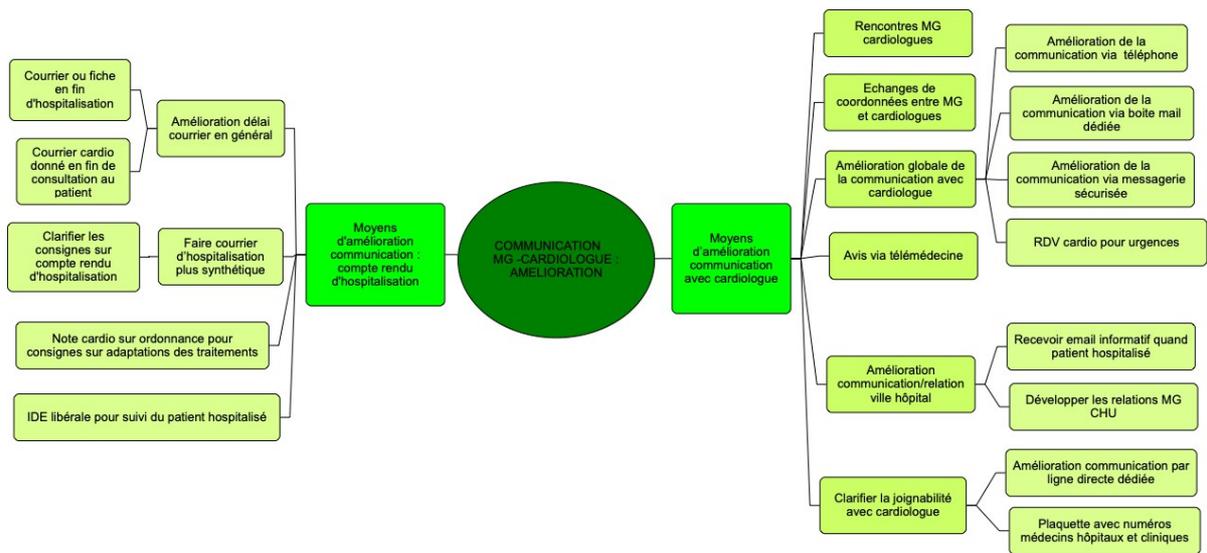


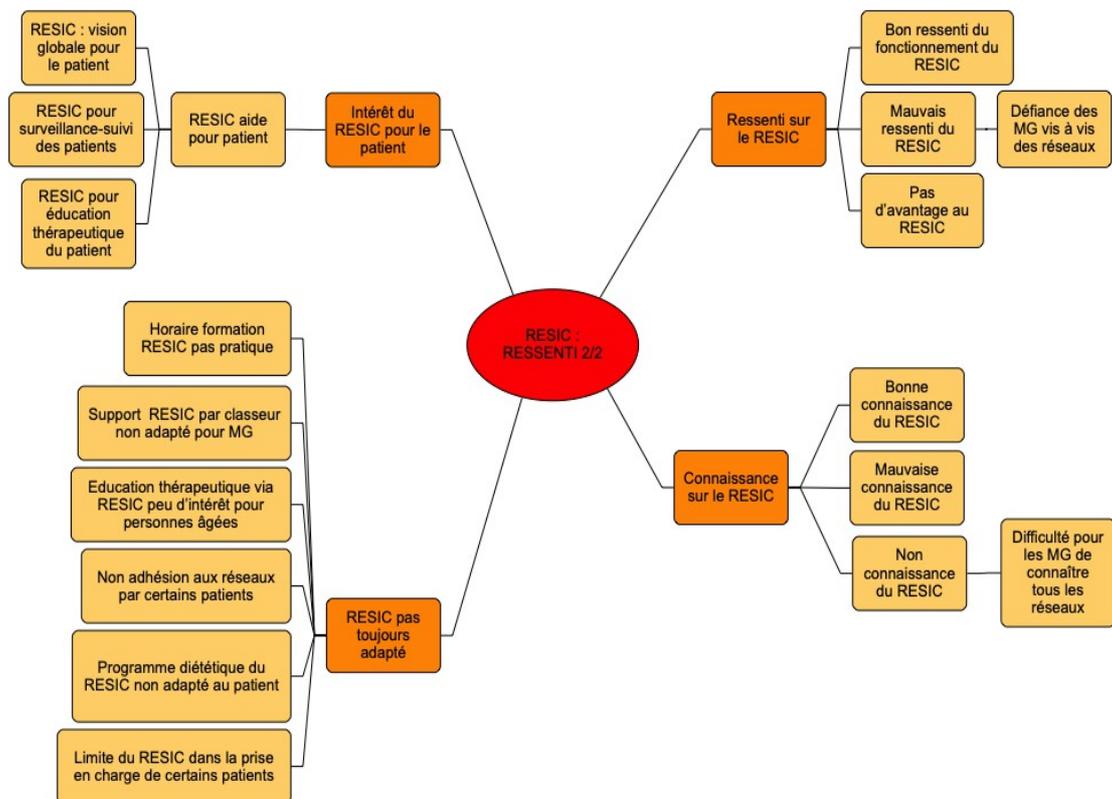
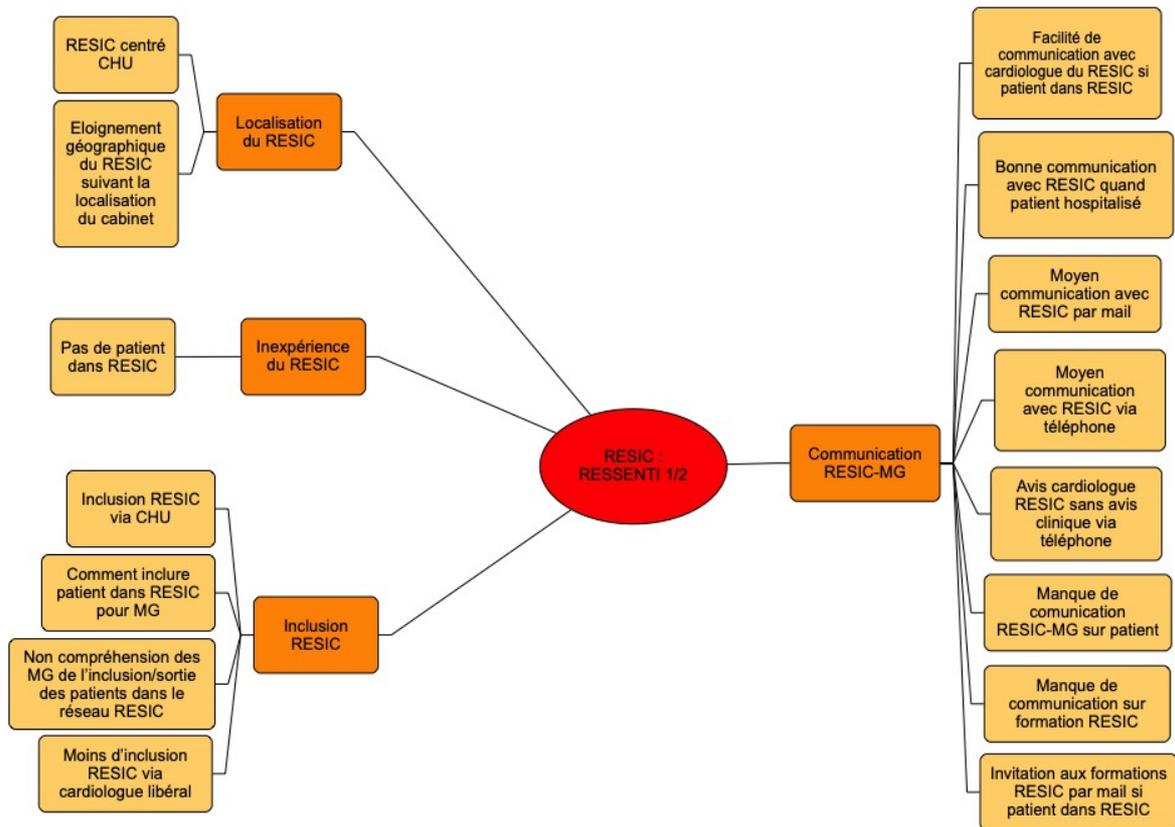
## Annexe 9 : Arborescence des codes

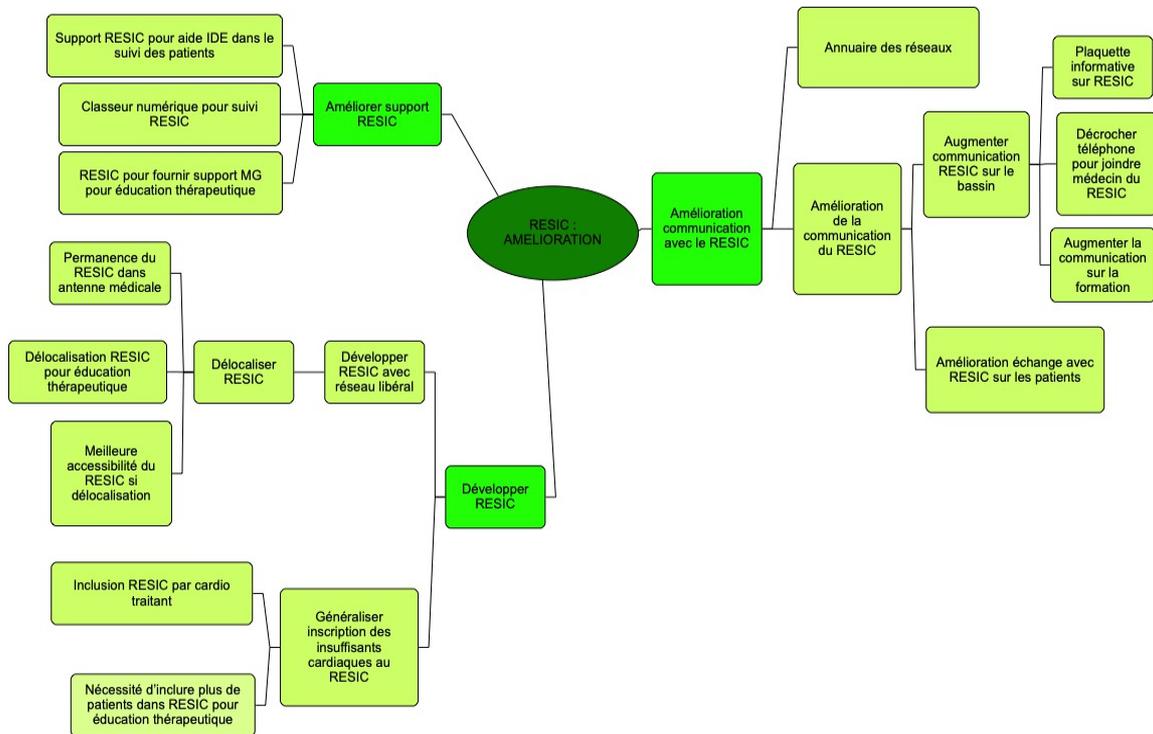
Les tableaux suivants représentent l'ensemble des codes, sous-thèmes et thèmes qui ont été mis en évidence par l'analyse et la triangulation des deux chercheurs.

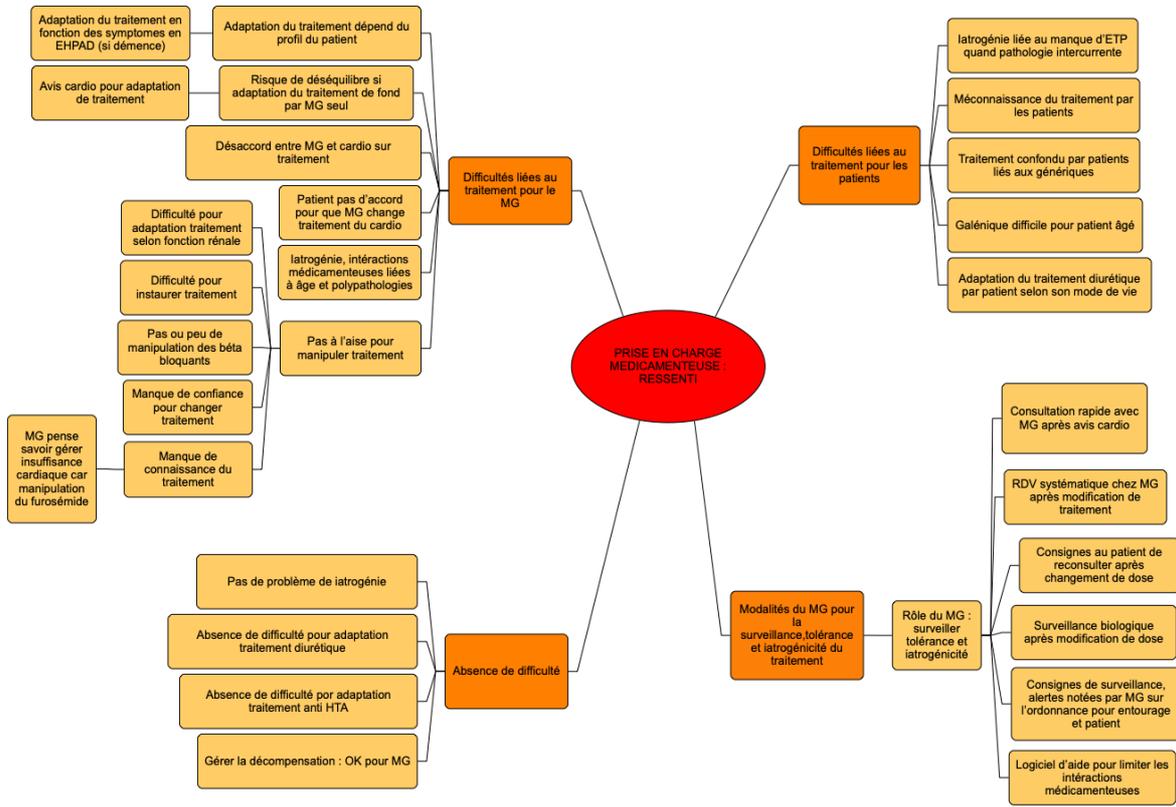
Les arborescences ont été présentées par thèmes. Pour chaque thème le(s) premier(s) tableau(x) corresponde(nt) aux ressentis des médecins généralistes (**rouge**) et le second aux pistes d'améliorations proposées (**vert**).



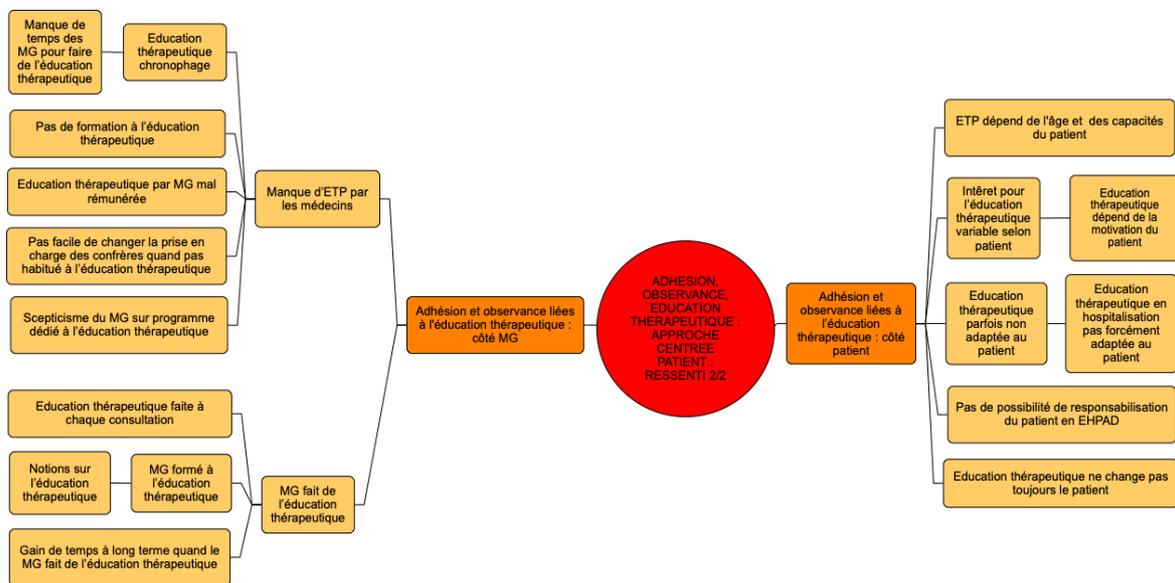
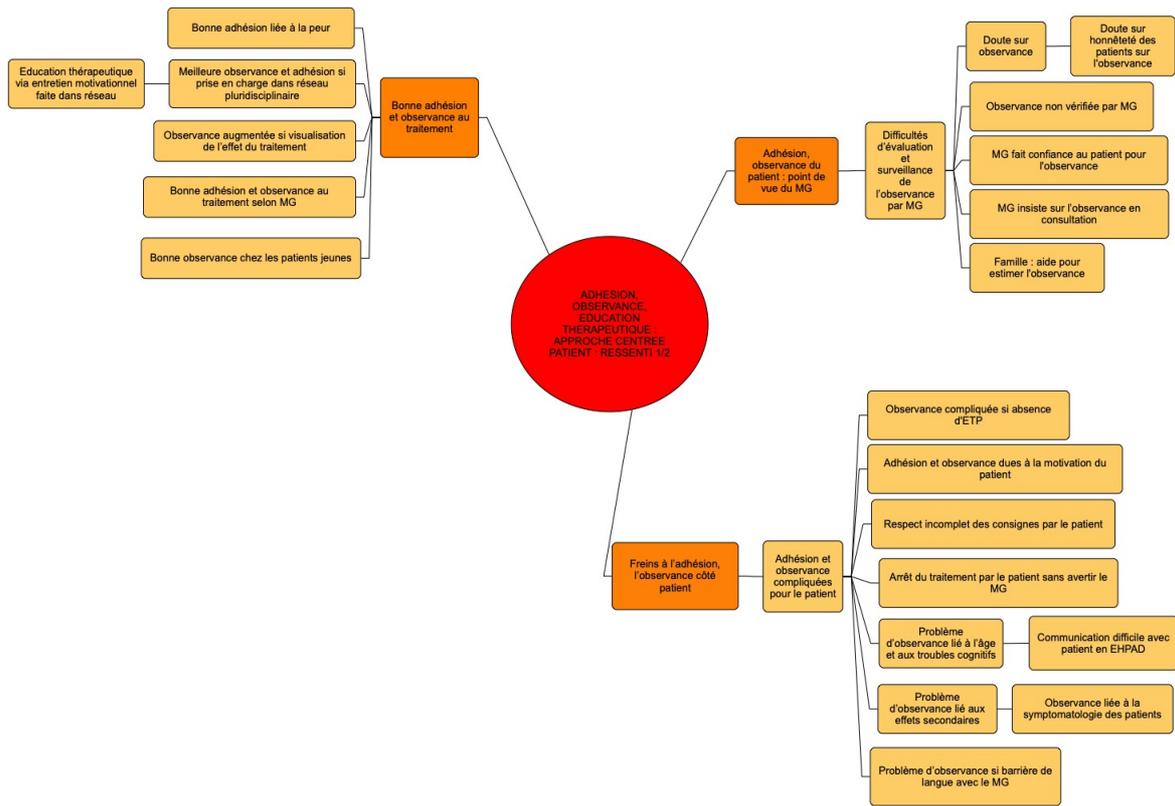


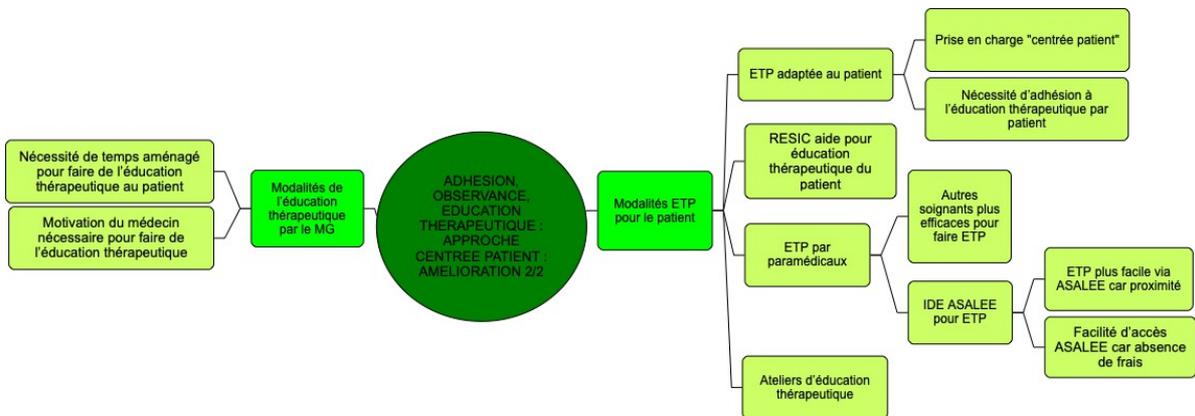
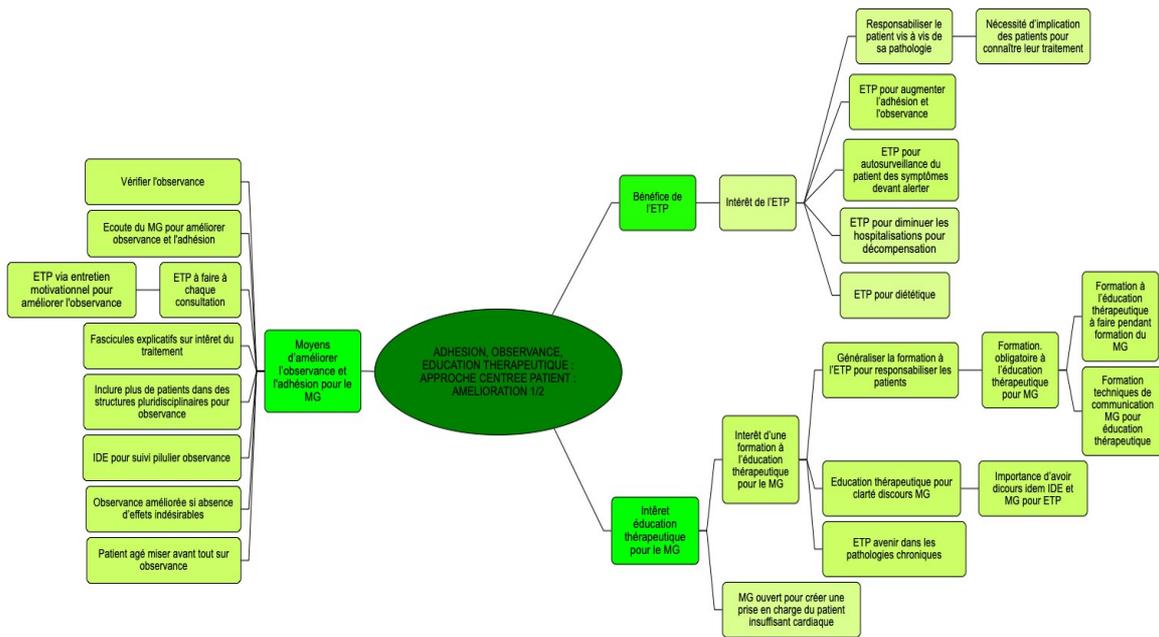


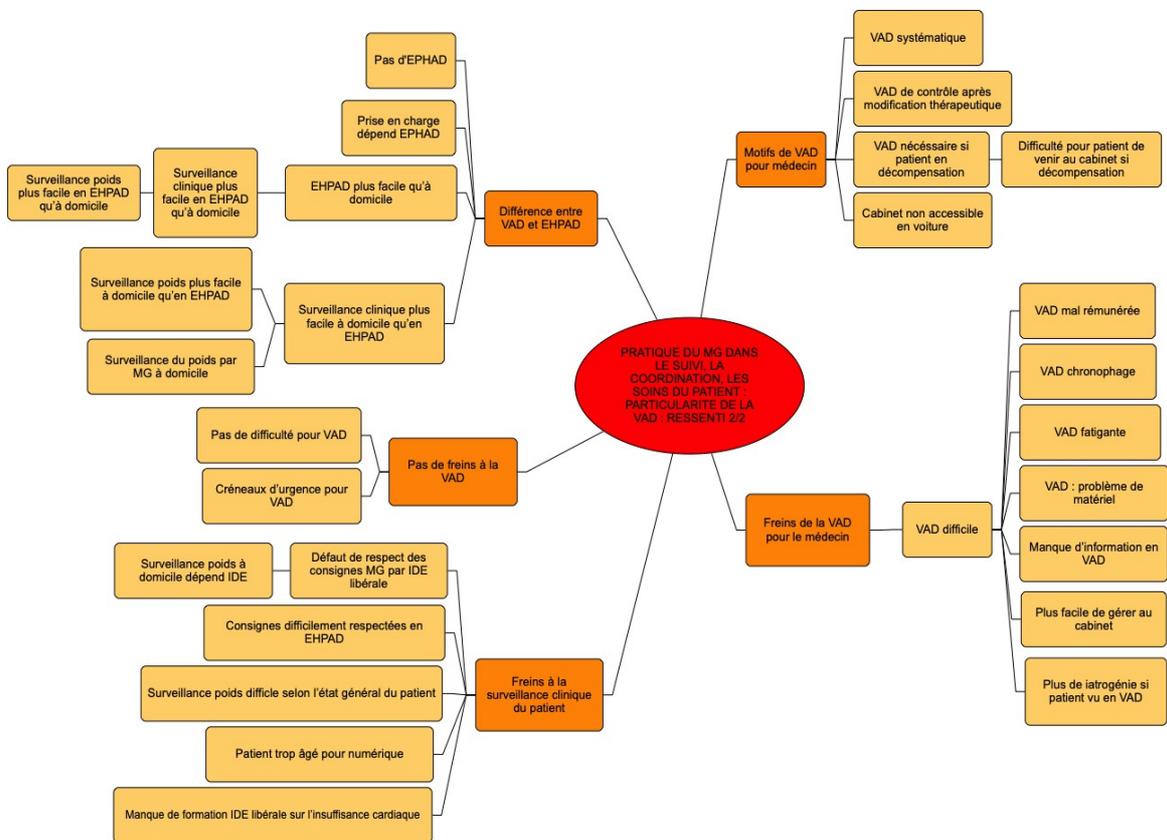
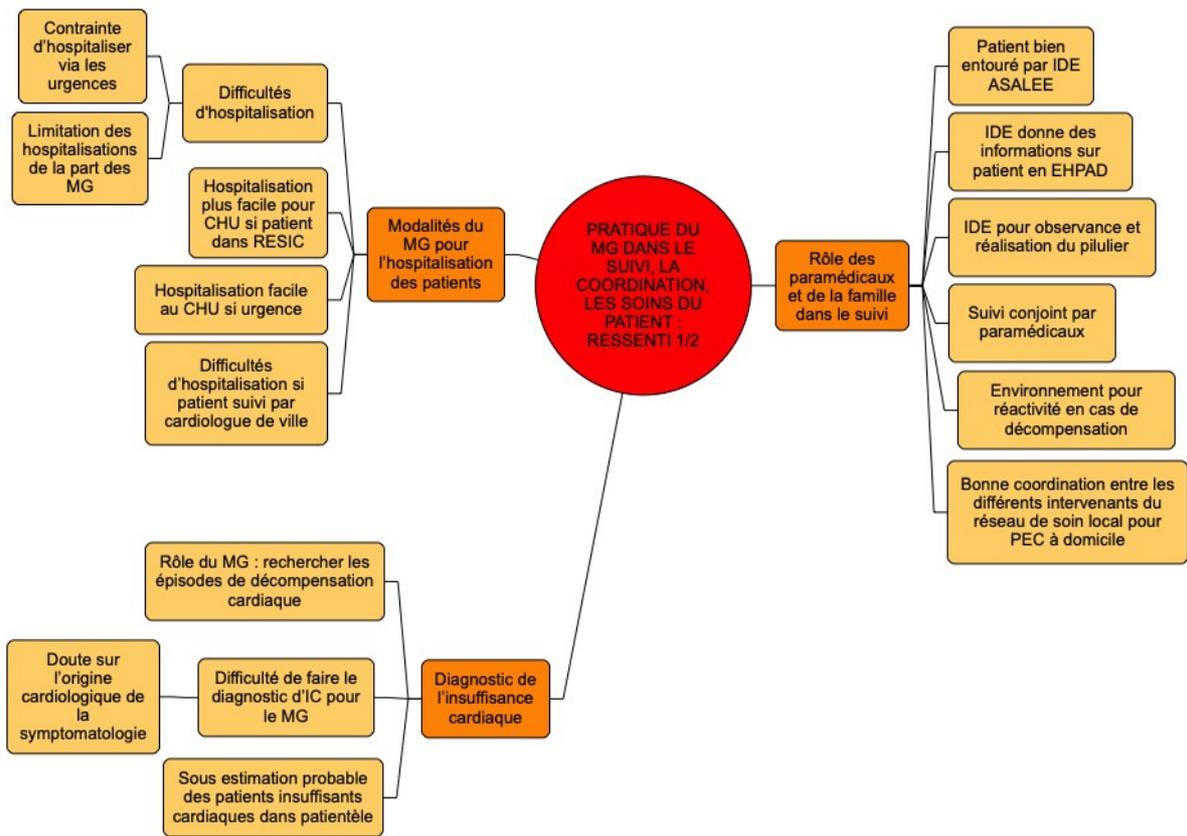


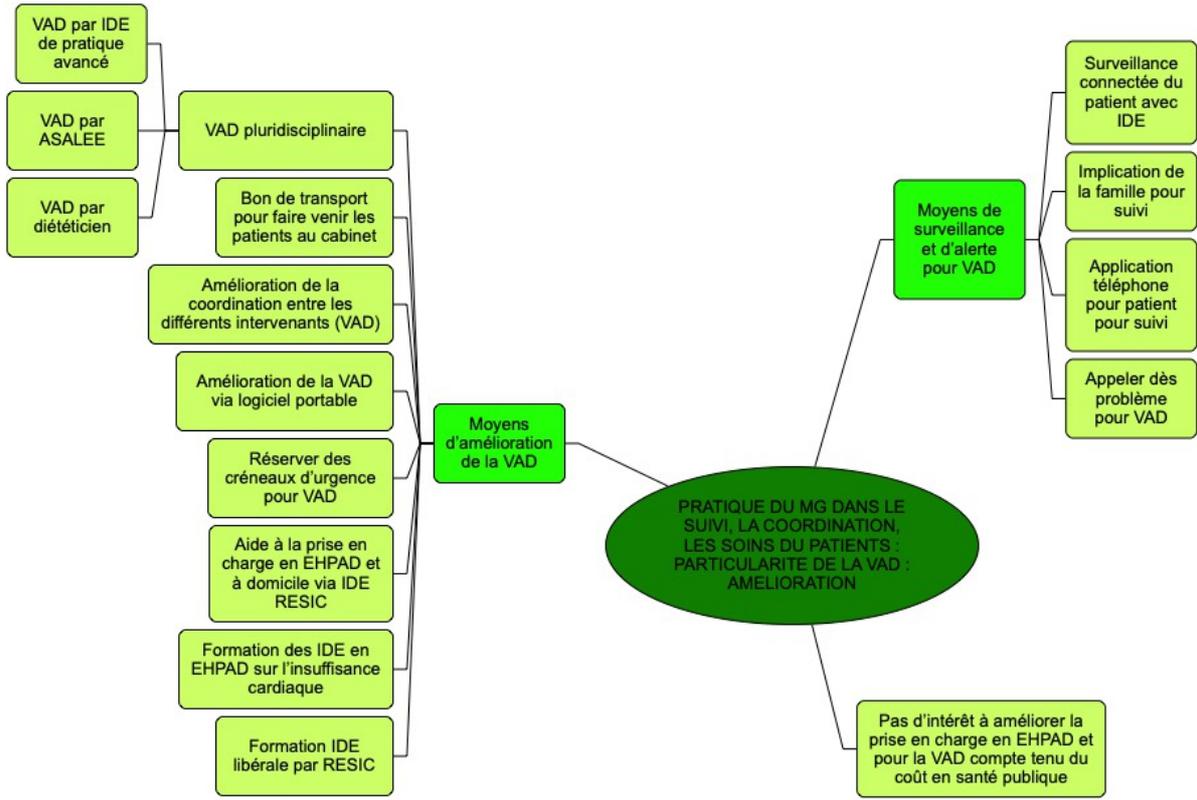


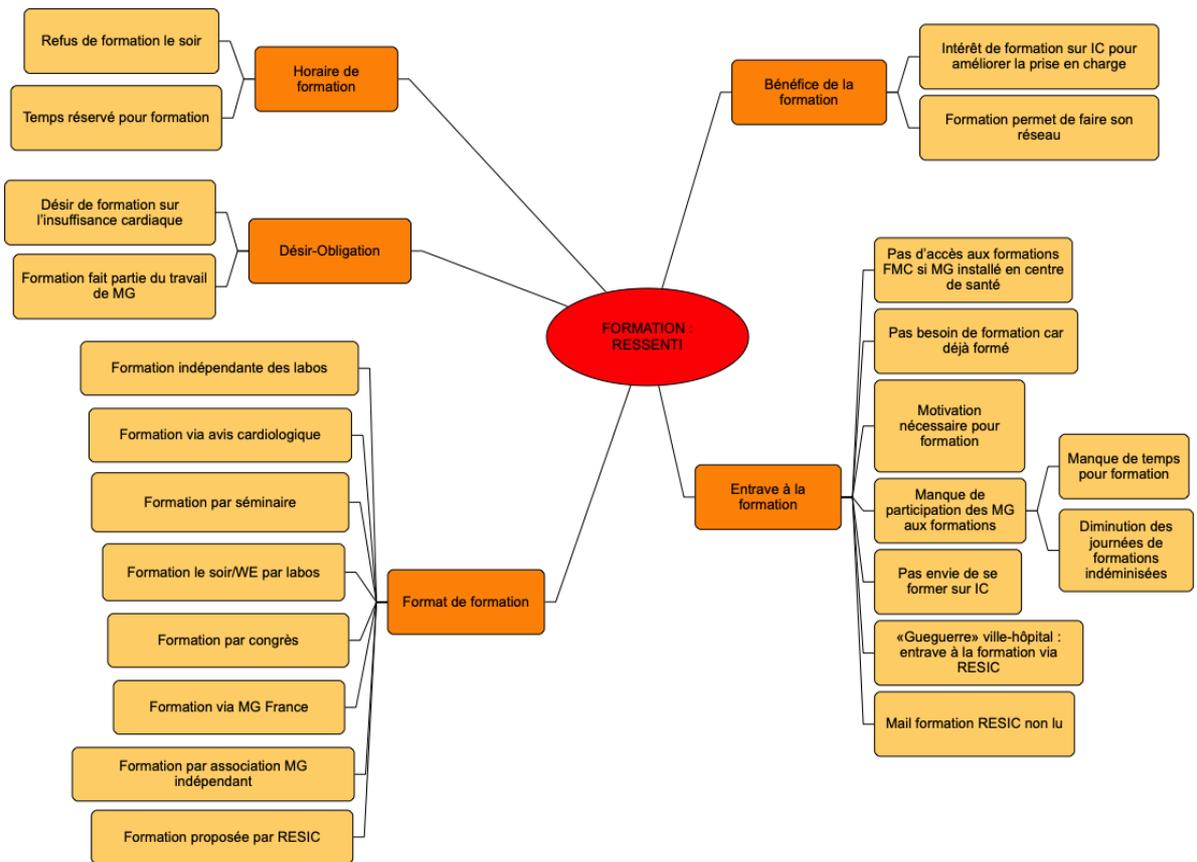


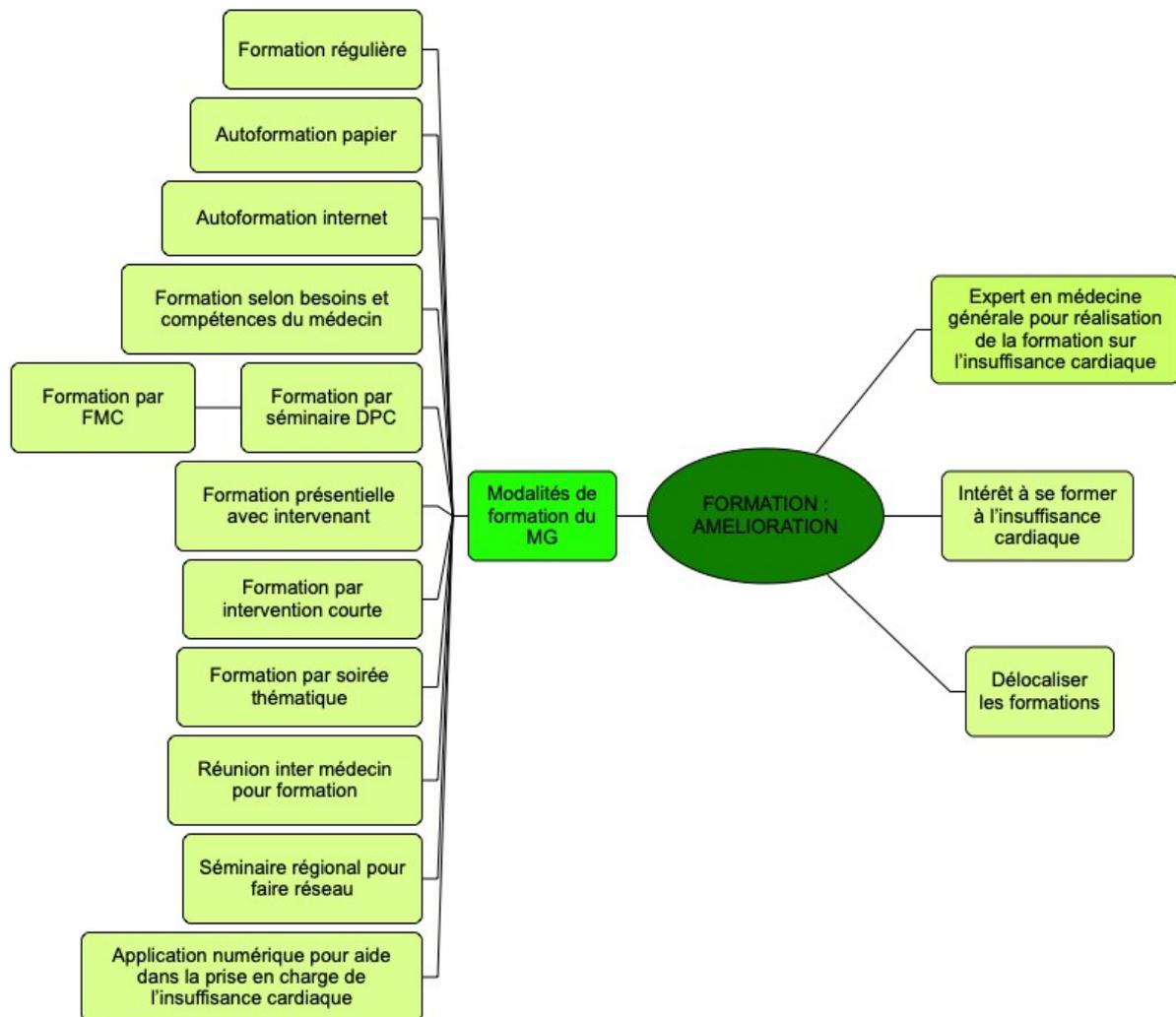












## Annexe 10 : Codes investigateurs

### **COMMUNICATION MG - CARDIOLOGUES**

#### **1. Ressentis**

##### **Bonne communication**

- Bonne communication MG cardiologue en général: E3p2, E4p1, E5p1, E6p1p2, E9p1, E10p1, E11p1, FGA3p3, FGB6p5
- Bonne communication MG-hôpital : E6p2, E8p2, FGB6p5
- Bonne communication MG cardiologue libéral, clinique: E1p1p3, E2p1p2, E7p2, E10p1, FGA1p10, FGB2B6p5
- Communication MG cardio via messagerie sécurisée : E4p1p2, E6p2, FGB6p6B3p6p7B2B5p7
- Communication facile si cardiologue connu : E8p2, E5p1, E10p1, E11p1, FGA5p2A3p3

##### **Difficultés de communication**

- Difficulté de communication MG cardiologue : E8p2, E9p2
- MG décide seul faute d'accessibilité cardiologue : E9p2
- Manque de temps pour communication MG cardiologues : E8p2
- Délai envoi postal courrier de consultation cardiologique : E4p1
- Difficulté à joindre cardiologue traitant si hospitalier : E7p2, E8p2
- Peu d'appel aux cardiologues : FGB2B6p6
- Mauvaise communication entre cardiologues hospitaliers et libéraux : E8p2
- Communication avec le cardiologue interlocuteur dépendant : E5p1, E7p2, E10p1, FGA5A3p2, FGB6B5B1B2p4p5

##### **Problématique des consignes suite à la consultation cardio**

- Manque de consignes des cardiologues sur suite traitement : FGA2p4
- Consignes hospitalières cardio pas toujours adaptées à la prise en charge ambulatoire : E8p2
- Gestion dossier difficile en MG : E4p2

##### **Problématique des rendez vous cardio**

- Problème de délai pour consultation cardiologique : E4p3, E6p2, E9p1, FGB1B2p4
- Difficulté consultation cardiologue liée évolution démographie : E4p3
- Accessibilité consultation cardiologue rapide opérateur dépendant : E9p1p2
- Consultation cardiologue rapide en libéral si urgence : E4p1p3, E6p2, E8p2
- Difficulté d'accessibilité consultation cardiologue par personnes âgées (transport...) : E9p1
  - Pas de visite chez le spécialiste pour patient en EPHAD : E8p6
  - Pas de visite chez le spécialiste quand patient vu à domicile : E8p7

### **Communication MG CHU**

- CHU impersonnel : E1p1
- Verticalité avec CHU : E1p1p2
- Moyen communication CHU téléphone ligne directe : E3p2p3
- Moyen de communication CHU mail : E1p1, E3p3, E6p2
- Manque d'information sur patient hospitalisé : E2p1
- Délai réception compte rendu d'hospitalisation CHU : E2p1, E10p1, FGA2A4p2A3p3, E8p2
- Difficultés de joignabilité avec le CHU : E1p1, E2p1p2, E6p2, E7p1p2, E10p1, E11p1, FGA5p2A4p3
- Tendance à l'amélioration délai courriers et compte rendu hospitalisation CHU : FGA4p2
  - Tendance à l'amélioration délai courrier et compte rendu hospitalisation CHU via messagerie sécurisée : FGA5p2
- Courrier ou fiche de sortie en fin d'hospitalisation : FGA2p3

### **Communication MG Cliniques Grenoble (GHM et Clinique Belledonne)**

- Numéro dédié cardiologue clinique : E6p1p2, E7p1p2
- Accès plus facile cardiologues hospitaliers clinique (consultations, hospitalisations) : E1p1, E7p2
- Courrier ou fiche de sortie en fin d'hospitalisation : FGB1B2p7, FGA2p3
- Tableau de synthèse modification de traitement sortie hospitalisation : FGB1B5p7

### **Communication MG CH périphérique (Voiron)**

- Communication CH via courrier : E4p1
- Peu de communication avec CH via téléphone : E4p1
- Tendance à l'amélioration délai courriers hospitalisation CH : E4p1
- Bonne communication CH par email : FGB2B6p5

### **Communication MG cardiologue libéral**

- Moyen communication libéral mail: E1p3, E11p1, FGA4p3, FGB6p4
- Moyen communication réseau libéral téléphone : E1p1, E3p2, E6p1, E9p2, E10p1, E11p1, FGA4p3
- Secrétaire MG aide à la communication : E3p2
- Secrétaire cardiologue peu limiter la communication : E10p1, FGB6p4
- Transversalité dans les relations libérales : E1p1p3

## **2. Améliorations**

### **Moyens d'amélioration communication avec cardiologues**

- Rencontres MG cardiologues : E1p1p2, FGA1A3p3
- Echange de coordonnées entre MG et cardiologue : E1p1p2, E11p1
- Amélioration globale de la communication avec les cardiologues : FGA5p3
  - Améliorer communication via téléphone : E4p1

- Amélioration communication MG cardiologue par boîte mail dédiée : E8p2, E11p1
- Améliorer communication MG cardiologue via messagerie sécurisée : E4p1p2, E6p2, FGA3p8, FGB6B3B2B5p6p7
- Rendez vous cardiologue pour urgences : E4p3, FGB6p6
- Avis cardiologue par télémedecine : E9p2
- Clarification joignabilité avec cardio : E5p2, FGA4p3
  - Amélioration communication MG cardiologue par ligne directe dédiée : E5p2, E6p2, E7p2, E10p1, E11p1, FGA4p3
  - Plaque avec numéros médecins hopital-clinique : FGA3p4
- Amélioration communication/relation ville-hôpital : E2p1
  - Développer les relations MG-CHU : E1p1p2
  - Recevoir un email informatif quand patient hospitalisé : FGA3p7

### **Moyens d'amélioration délai compte rendu d'hospitalisation**

- Amélioration délai courrier en général: FGA4p3, FGB1B2p5p6
  - Courrier ou fiche donné au patient en fin d'hospitalisation : E2p1, FGB1p7
  - Courrier cardiologue donné en fin de consultation au patient: E4p2
- Faire comptes rendus d'hospitalisation plus synthétiques : FGB1B6p7
  - Clarifier les consignes sur courrier d'hospitalisation : E8p3p8, FGB1p7
- Note cardiologue sur ordonnance pour consigne MG adaptation de traitement : E10p1, FGA2p4A1A4p11, FGB3B2p6
- IDE libérale pour suivi patient hospitalisé : E2p1

# RESIC

## 1. Ressentis

### Communication RESIC-MG

- Facilité de communication avec cardiologue du RESIC si patient dans RESIC : E5p2, FGA5p3-5
- Bonne communication avec RESIC quand patient hospitalisé : FGA5A3p7
- Moyen communication avec RESIC par mail : E6p2
- Moyen de communication avec RESIC via téléphone : E3p2
- Avis cardiologue RESIC sans avis clinique via téléphone : E8p3
- Manque de communication RESIC-MG sur patient : FGB2p8, E10p1-2
- Manque de communication sur formation RESIC : FGA1A3p6
- Invitation aux formations RESIC par mail si patient dans RESIC : FGA3p7

### Localisation du RESIC

- RESIC centré CHU : FGA1p5, FGB5p9, E8p3, E9p2, E10p1, E11p1
- Eloignement géographique du RESIC suivant la localisation du cabinet : FGB5p9, E1p2

### Inexpérience du RESIC

- Pas de patient dans RESIC : FGA4A3A1A2p5, FGB3p8, E1p2, E4p2, E7p2, E11p1

### Inclusion RESIC

- Inclusion RESIC via CHU : FGA1p5, E11p1
- Comment inclure patient dans RESIC pour MG ? : E3p2-3, E8p3
- Non compréhension des MG de l'inclusion/sortie des patients dans le réseau RESIC : FGA2p5, FGA1p6, E5p3, E6p3, E8p4, E10p2, E11p1-2
- Moins inclusion RESIC via cardiologue libéral : FGA1p5, E11p1

### Ressenti sur le RESIC

- Bon ressenti du fonctionnement du RESIC : FGA1p5, FGB2p8B5p8, E1p2, E3p2, E5p2-3, E6p2, E9p2
- Mauvais ressenti du RESIC : FGA2p5, FGB6p8, E1p2, E2p2, E7p2, E8p4, E10p2
  - Défiance des MG vis à vis des réseaux : E3p2
- Pas d'avantage au RESIC : E1p2, E7p2, E8p3, E10p2

### Connaissance sur le RESIC

- Bonne connaissance du RESIC : FGA1p5
- Mauvaise connaissance du RESIC : FGA3p5A5A4p6, E8p3-4, E9p2, E10p1
- Non connaissance du RESIC : E4p2-3
  - Difficulté pour MG de connaître tous les réseaux : FGA2A5p8

## **Intérêt du RESIC pour le patient**

- RESIC - aide pour patient : FGA5p5, E2p2, E5p2, E6p2, E10p2
  - RESIC vision globale pour le patient : E5p2
  - RESIC pour surveillance-suivi des patients : E6p2
  - RESIC pour éducation thérapeutique patient : FGA3A4A5p13, FGB2p15, E2p2, E4p7, E9p2

## **RESIC pas toujours adapté**

- Horaire formation RESIC pas pratique pour MG : E6p5, FGA3p5A3A4p6-7, FGB2B6p18
- Support RESIC par classeur RESIC non adapté pour MG : FGB6B3p8
- Education thérapeutique via RESIC peu d'intérêt pour personnes âgées : E9p2
- Non adhésion aux réseaux par certains patients : E4p5
- Programme diététique du RESIC non adapté au patient : FGB5p8
- Limite du RESIC dans la prise en charge de certains patients : E6p2

## **2. Améliorations**

### **Améliorer support RESIC**

- Support RESIC pour aide IDE dans le suivi du patient : FGA4p16
- Classeur numérique pour suivi RESIC : FGB6B1p10
- RESIC pour fournir support à MG pour éducation thérapeutique : FGA3A4A1p14

### **Developper RESIC**

- Développer RESIC avec le réseau libéral : E2p2, E10p2
  - Délocaliser RESIC : FGB2p10, E1p2p3p5, E8p4, E9p2, E11p2
    - Permanence du RESIC dans antenne médicale : E1p2, E8p4, E11p2
    - Délocalisation RESIC pour éducation thérapeutique : E1p5
    - Meilleure accessibilité du RESIC si délocalisation : E1p2
- Généraliser inscription des insuffisants cardiaques au RESIC : E4p2, E5p3, E10p2, E11p2
  - Inclusion RESIC via cardiologue traitant : FGA4p5, E3p3
  - Nécessité d'inclure plus de patients dans RESIC pour éducation thérapeutique : FGB5p8-9

### **Améliorer communication avec le RESIC**

- Annuaire des réseaux : FGA2A5p8
- Amélioration de la communication du RESIC : E7p2, E8p4, E10p2
  - Augmenter communication RESIC sur le bassin grenoblois : FGA1A3A5p6, E4p3, E8p4
    - Plaquette informative sur RESIC (rôle et numéro) : FGA5A1p6
    - Augmenter la communication sur les formations RESIC : E2p2
    - Décrocher téléphone pour joindre médecin du RESIC : E3p2

- Amélioration échanges avec RESIC sur patient : E6p3

# PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

## 1. Ressentis

### Difficultés liées au traitement pour le MG

- Adaptation de traitement dépend du profil du patient : E5p3p4
  - Adaptation du traitement en fonction symptômes en EHPAD si démence : E5p5, E10p3
- Risque de déséquilibre si adaptation du traitement de fond par médecin généraliste seul : E5p3
  - Avis cardiologue pour adaptation traitement : FGA1p10, E1p3, E2p2, E4p3p6p7, E5p3, E11p2
- Désaccord entre MG et cardiologue sur le traitement : FGB1p12, E9p3
- Patient pas d'accord pour que MG change traitement du cardiologue : FGA3p5
- Iatrogénie et interactions médicamenteuses liées à l'âge et aux polyopathologies : FGA1p9, FGB6p11, E1p2p3, E6p3, E8p5p7, E9p2, E10p2, E11p2
- Pas à l'aise pour manipuler traitement insuffisance cardiaque : FGA4p9A1p10
  - Difficulté adaptation du traitement selon la fonction rénale : E7p1p3, E10p2, FGA2A1A5A4p9
  - Difficulté pour instaurer traitement cardiologique : E4p3, E10p1
  - Pas ou peu de manipulation des bêta bloquants : FGB2B3B6p12
  - Manque de confiance pour changer l'ordonnance du cardiologue : E10p1, FGA2A1p4
  - Manque de connaissance sur traitement insuffisance cardiaque: E7p1, E10p3, FGA4p9, FGB6p17
    - MG pense savoir gérer insuffisance car manipulation LASILIX : E8p8

### Absence de difficulté

- Absence de difficulté d'adaptation du traitement diurétique : E3p3, E4p3p5, E7p1, E9p2, FGA5p9A1p10
- Absence de difficulté pour adaptation du traitement anti HTA : E4p3p5
- Gérer la décompensation en urgence OK pour MG : E5p3, FGB2p12
- Pas de problème de iatrogénie selon MG : FGB1B2B6p11p12

### Difficultés liées au traitement pour les patients

- Iatrogénie liée à manque d'éducation thérapeutique quand pathologie intercurrente : E8p5, FGB1p19
- Méconnaissance du traitement par les patients : E4p5, E10p2
- Traitement confondu par patient lié au générique : E6p3, E7p2
- Galénique difficile pour patient âgé : E6p3
- Adaptation du traitement diurétique par patient selon son mode de vie: FGB1B2B6p14

### Modalités du MG pour la surveillance tolérance et iatrogénicité du traitement

- Rôle du MG surveiller tolérance et iatrogénicité : FGB2B5p12p13
  - Consignes de surveillance alerte notées par MG sur ordonnance pour entourage et patient: E6p4, FGB6p18p19

- Consignes au patient de reconsulter après changement de dose si problème: E4p3p4
- Consultation rapide avec MG après avis cardiologue : E4p1
- RDV systématique chez MG de contrôle après modification de traitement : E4p4
- Logiciel aide pour limiter interaction médicamenteuses : FGA2A3p10
- Surveillance biologique après modification de traitement : E4p3, E7p1

## **2. Améliorations**

### **Idées pour limiter la iatrogénie**

- Alerte automatisée sur ordonnance pour prévenir la iatrogénie : FGB6p19
- Arrêt traitement en cause pour supprimer la iatrogénie : E8p5, E9p3
- Concertation patient, médecins, IDE, famille pour limiter iatrogénie : E5p3p4, E10p2
- Consignes du cardiologue permettraient donner confiance MG pour changer traitement : E10p2, FGA2p4
- Education thérapeutique pour limiter iatrogénie quand pathologie intercurrente : E8p5p6, E11p3
- Fascicules explicatifs pour patient sur iatrogénie: E4p3p4, FGB6B1p19
- Limiter iatrogénie par communication avec pharmacien : FGB1B3B6p13
- Moins de iatrogénie si meilleur équilibre des pathologies associées: E7p3, E11p2
- Protocole de surveillance IDE après changement ou instauration de traitement : FGB2B6p16p19

# **ADHESION, OBSERVANCE AU TRAITEMENT, EDUCATION THERAPEUTIQUE : APPROCHE CENTREE PATIENT**

## **1. Ressentis**

### **Bonne adhésion et observance au traitement**

- Bonne adhésion et observance au traitement selon MG: E1p3, E2p2, E4p4, E6p3, E8p5p6, E9p3, E10p2, E11p2, FGB2p13
- Bonne adhésion liée à la peur du patient : E4p4, E8p5p6, E10p2, FGB5p13
- Meilleures observance et adhésion si patient pris en charge dans réseau pluridisciplinaire : E5p4
  - ETP via entretien motivationnel faite dans réseau de soins : E5p4
- Observance augmentée si visualisation de l'effet du traitement : E7p3
- Bonne observance du traitement chez les jeunes : E1p3

### **Freins à l'adhésion et l'observance coté patient**

- Adhésion et observance compliquées : E3p3
  - Respect incomplet des consignes par patient : E5p4
  - Adhésion et observance dues à la motivation du patient : E4p4, E5p4
  - Problèmes d'observances liés effets secondaire : E2p2, E3p3, E4p4, E6p3p4, E7p3, E8p4, E9p3, FGB1p14
    - Observance liée à la symptomatologie des patients : FGB2B5B6p17p18
  - Problème observance liée à l'âge et trouble cognitifs : E1p3, E5p5
    - Communication difficile avec patient en EHPAD : E5p5
  - Difficulté d'observance si barrière de langue avec MG : E7p2
  - Observance plus compliquée si absence d'ETP : E5p4
  - Arrêt du traitement par patient sans avertir MG : E4p4, FGA5A3p12

### **Adhésion et observance, point de vue du MG**

- Difficulté d'évaluation et de surveillance de l'observance par MG : E4p4, E10p2
  - Doute sur observance du patient : E1p3, E2p2, E6p3, E7p2p3, E11p2, FGA2A5p11p12, FGB3B6p13
    - Doute sur honnêteté patient sur observance : E7p3, E8p6, FGA2p11
  - Observance non vérifiée par MG : E10p2, E11p2, FGA2A4A5p11p12
  - MG fait confiance au patient pour observance: FGA5p12
  - MG insiste sur observance en consultation : E4p4
  - Famille aide pour estimer l'observance : E1p3, E4p4, E7p3

### **Adhésion et observance liées à ETP : coté MG**

- Manque d'ETP par les médecins en général : E5p5, FGA4p12
  - ETP chronophage : E5p6, E8p9, FGA2p13
    - Manque de temps MG pour faire ETP : E2p3, E3p3, E4p7, E6p5, E11p3, FGA3p13A2p13p17A5p17
  - Pas de formation à l'ETP : E3p3, E10p3
  - ETP par MG mal rémunérée: E6p5

- Pas facile de changer les prises en charge des confrères quand pas habitude ETP : E5p4
- Scepticisme du MG sur intérêt programme dédié à ETP : E7p4
- MG fait de l'ETP : E5p2, FGA2p11
  - Education thérapeutique faite à chaque consultation : E4p7, E7p4
  - MG formé à l'ETP : E6p5
    - Notions sur ETP de la part du MG : E4p7
  - Gain de temps à long terme quand on fait de l'ETP : E5p6

### **Adhésion et observance liées à ETP : coté patient**

- ETP dépend de l'âge et des capacités des patients : E8p4p5, FGA3p18
- Intérêt pour éducation thérapeutique variable selon patient : E5p4, E6p5
  - Education thérapeutique dépend de la motivation du patient : FGA5A3p13p18
- Education thérapeutique parfois pas adaptée au patient : E9p3
  - Education thérapeutique en hospitalisation parfois non adaptée au patient : E8p9
- Pas de possibilité de responsabilisation du patient en EHPAD : E5p5, E10p3
- Education thérapeutique ne change pas toujours le patient : E4p7

## **2. Améliorations**

### **Moyens d'améliorer l'observance et l'adhésion pour le MG**

- Vérifier observance par MG : E10p2, E11p2, FGA5A3p12
- Ecoute du MG pour améliorer observance, adhésion : E6p4p5
- ETP à faire à chaque consultation : E8p6
  - Education thérapeutique du patient via entretien motivationnel pour améliorer observance : E5p4
- Fascicules explicatifs au patient sur intérêt traitement : FGA1A2A4p13
- Inclure plus de patients dans structures pluridisciplinaire pour observance : E5p4
- IDE pour suivi pilulier observance: E4p4, E6p3, E7p3
- Observance améliorée si absence d'effets indésirables : E3p3, E6p3
- Patient âgé miser avant tout sur l'observance : E4p5

### **Bénéfices de l'ETP pour le patient**

- Intérêt éducation thérapeutique pour patient : E4p7, E6p5, E7p4, E8p8p9, E9p4, E10p3p4, E11p3, FGA2p17A3p18, FGB18pB2p19
  - ETP pour augmenter l'adhésion et l'observance : E1p5, E3p3p4, E5p6, E6p5, E7p4, E8p6p9, E9p3, E10p2, E11p2, FGA4p12A5p18, FGB2p15B3B6p18
  - ETP pour autosurveillance du patient des symptômes devant alerter : E4p6p7, E6p5, E7p4, E10p3p4, FGA4A5p18, FGB2p18
  - ETP pour diététique : E1p4p5
  - ETP pour diminuer hospitalisation pour décompensation : E1p4
  - Responsabiliser patient vis à vis de sa pathologie : E3p5, E5p4p5, E8p6, E9p4, E11p3
    - Nécessité d'implication des patients pour connaître leurs traitement : E4p5

## **Intérêt éducation thérapeutique pour le MG**

- MG ouvert à la formation pour créer une dynamique de prise en charge : E5p6
- Intérêt formation à l'éducation thérapeutique pour le MG: E1p4p5, E2p3, E3p5, E4p7, E6p5, E9p4, E10p3, E11p3, FGA2p17A5p18, FGB2p19
  - Généraliser la formation des médecins à l'éducation thérapeutique pour responsabiliser leurs patients : E5p4
    - Formation obligatoire à ETP pour MG: E5p6
      - Formation éducation thérapeutique à faire pendant formation MG : E5p6
      - Formation techniques de communication MG pour éducation thérapeutique: E1p4, FGA1p18
  - Education thérapeutique pour clarté discours MG : E4p7
    - Importance d'avoir discours idem IDE et MG pour éducation thérapeutique : E9p3, FGA5A1p18
  - ETP avenir dans les pathologies chroniques : E3p5

## **Modalités ETP par le MG**

- Nécessité temps aménagé pour éducation thérapeutique du patient : E4p7, E6p5, E7p4
- Motivation du médecin nécessaire pour faire de l'éducation thérapeutique : E2p3

## **Modalités ETP pour le patient**

- ETP adaptée au patient : E4p7, E9p3
  - Prise en charge "centrée patient" : E3p5
  - Nécessité d'adhésion à l'éducation thérapeutique par le patient : E4p7
- RESIC aide pour éducation thérapeutique patient : E3p3, E8p6p9, E9p2
- ETP par paramédicaux : E8p9, E9p3, E11p3
  - Autres soignants plus efficaces pour ETP : E2p3, E11p3
  - IDE ASALEE pour ETP : E2p3p4, E3p3p5, E6p5p6, E7p3p4, E9p3, E11p4, FGA2A1A3A4A5p12p13p17, FGB6p14
    - ETP plus facile via ASALEE car proximité : E11p4, FGB1B2p15
    - Facilité d'accès IDE ASALEE car absence d'avance de frais : E6p6, FGA1A3p13
- Ateliers d'éducation thérapeutique pour améliorer l'observance : E1p3

# **PRATIQUE DU MG DANS LE SUIVI, LA COORDINATION, DES SOINS DU PATIENT**

## **1. Ressentis**

### **Motifs de VAD pour médecin**

- VAD de contrôle après modification thérapeutique : E4p5
- VAD systématique : E1p4
- VAD nécessaire si patient en décompensation : E7p3
  - Difficulté pour patient venir au cabinet si décompensation : E7p3
- Cabinet non accessible en voiture : E7p3

### **Freins de la VAD pour MG**

- VAD difficile : E1p4, E3p4, E9p3, E11p3, FGA1p15, FGB6p15B2p16
  - VAD chronophage : E3p4, E4p5, E6p4, E10p3, E11p3
  - VAD fatigante : E1p4
  - VAD mal rémunérée : E3p4
  - VAD manque d'informations : E3p4, E6p4, E10p3
  - VAD problème de matériel : E6p4, E7p3, E9p3
  - Plus facile de gérer au cabinet qu'en VAD : E4p5, E6p4, E11p3
  - Plus de iatrogénicité si patient vu en VAD : FGB2p16

### **Pas de freins à la VAD**

- Créneaux d'urgence réservés pour VAD : E4p5
- Pas de difficulté pour VAD : E2p2, E4p5, E5p5, E7p3, E10p3

### **Différence entre VAD et EHPAD**

- Pas d'EPHAD : E4p5, E7p4, E9p3
- Prise en charge du patient dépend EPHAD : E11p3, FGA3A2p14
- En EHPAD plus facile qu'à domicile : E1p3, FGB6p15
  - Surveillance clinique plus facile en EPHAD qu'à domicile : FGA1p15, FGB6p15
    - Surveillance poids plus facile en EHPAD qu'à domicile : FGA4p14
- Surveillance clinique plus facile à domicile qu'en EPHAD : FGA2p15
  - Surveillance poids plus facile à domicile qu'en EPHAD : FGA2A1p15
  - Surveillance poids faite par MG à domicile : FGA2p15

### **Freins à la surveillance clinique du patient**

- Défaut respect des consignes MG par IDE libéral : E6p2
  - Surveillance poids à domicile dépend IDE : E11p3, FGA3p14
- Consignes MG difficilement respectées en EHPAD: FGA2p14
- Surveillance poids difficile selon état général patient : FGA1A4p15
- Manque de formation IDE libérale sur insuffisance cardiaque : E6p2
- Patient insuffisant cardiaque trop âgé pour numérique : FGB5B6p10

### **Diagnostic de l'insuffisance cardiaque**

- Difficulté de faire le diagnostic d'insuffisance cardiaque pour MG : E3p3
  - Doute origine cardiologique de la symptomatologie : FGA4p3
- Sous estimation probable du MG des patients insuffisants cardiaques dans patientèle : E6p6
- Rechercher les décompensations cardiaques : E3p3

### **Modalités du MG pour l'hospitalisation des patients**

- Difficultés d'hospitalisation : E1p1, FGB6p6p10
  - MG contraint d'hospitaliser via les urgences : E1p1
  - Limiter les hospitalisations : E4p3p5
- Hospitalisation facile au CHU si besoin en urgence : E3p2
- Difficulté d'hospitalisation si patient suivi par cardiologue de ville : E7p2
- Hospitalisation plus facile au CHU si patient dans RESIC : E9p2, FGB5B2p10

### **Rôle des paramédicaux et de la famille dans le suivi**

- IDE donnent info en EPHAD sur patients : E5p5, E10p2p3, E11p3
- IDE pour suivi pilulier observance : E1p3, E2p2, E3p4, E4p4, E6p3, E7p2, FGB6p16
- Suivi conjoint par paramédicaux : E2p2p3
- Bonne coordination entre les différents intervenants du réseau de soins local pour PEC à domicile : E2p3
- Entourage du patient pour réactivité en cas de décompensation : E1p3, E2p3, E4p5
- Patient entouré par IDE ASALEE : E7p4

## **2. Améliorations**

- Pas d'intérêt à améliorer prise en charge en EPHAD et VAD compte tenu du coût en santé publique : E8p7

### **Modalités d'amélioration de la VAD**

- VAD pluridisciplinaire : E1p4, E8p7
  - VAD par ASALEE : E1p4
  - VAD par diététicien : E1p4
  - VAD aide par infirmière de pratique avancée : E3p4
- Réserver créneaux d'urgence pour VAD : E4p5
- Amélioration VAD via logiciel portable : E10p3, E6p4
- Bon des transport pour que patient vienne au cabinet au lieu de VAD : E9p3
- Amélioration de la coordination entre les différents intervenants pour VAD : E2p3, E3p5, E10p3, E11p3
- Aider la prise en charge en EHPAD et à domicile par IDE du RESIC : E4p4p7p8, FGA2p15
- Formation des IDE EPHAD sur insuffisance cardiaque : FGA3p15
- Formation IDE libérale par IDE RESIC : FGA2p15, FGB1p9

## **Moyens de surveillance et d'alerte pour VAD**

- Surveillance connectée du patient avec IDE : FGB1B3B6p16p17
- Application téléphone mobile patient pour suivi : FGA4p18
- Implication famille pour suivi : E1p4, E4p5p6, E10p3
- Appeler dès que problème pour VAD : E4p6

# FORMATION

## 1. Ressentis

### Désir-Obligation

- Désir de formation sur l'insuffisance cardiaque : FGA3A5p11A5A4p16, FGB3p17, E2p3, E4p6, E6p5, E745, E10p3
- Formation fait partie du travail de MG : FGA1p7A1A5p10A4A5p11, FGB6p17, E6p5, E8p8

### Bénéfice de la formation

- Intérêt de formation sur l'insuffisance cardiaque pour améliorer la prise en charge : E3p3, E6p5, E11p3
- Formation permet de faire son réseau : FGA3A5p16-17

### Horaire de formation

- Temps réservé pour formation : E5p6
- Refus de formation le soir: E5p6

### Format de formation

- Formation indépendante des labos : E5p6
- Formation via avis cardiologique : FGA4p10A2p11
- Formation par séminaire : E5p6, E6p5
- Formation le soir/WE par labos : E4p6
- Formation par congrès : E4p6-7
- Formation via MG france : E5p6
- Formation par association MG indépendant : FGA2p7
- Formation proposée par RESIC : FGA3p5p6A4A3p7, FGB2p18 ,E3p4, E6p5

### Entraves à la formation

- Pas d'accès aux formations FMC si MG installé en centre de santé : E7p4
- Pas besoin de formation car déjà formé : E3p4, E11p3
- Motivation nécessaire pour formation: FGA5p7
- Manque de participation des MG aux formations : E6p75
  - Manque de temps pour formation : E1p4, E2p3, E6p5
  - Diminution des journées de formation indemnisées : E6p5
- Pas envie de se former sur l'insuffisance cardiaque : E5p5, E8p8, E9p4
- « Guéguerre » hôpital-ville : entrave formation via RESIC : E3p4
- Mail formation RESIC non lu : FGA5p7

## 2. Améliorations

- Expert MG pour formation MG sur l'insuffisance cardiaque : E1p4
- Intérêt de se former à l'insuffisance cardiaque : E4p6

- Délocaliser les formations de cardiologie : E1p4

### **Amélioration modalités de formation MG**

- Formation régulière : E4p6, E9p4, FGB6p17
- Autoformation papier : E2p3
- Autoformation internet : E2p3
- Formation selon besoins et compétences du médecin : E4p6
- Formation par séminaire de DPC : FGA3A1A5p16, E10p3
  - Formation par FMC : E1p6, E4p9 , E9p5
- Formation présentielle avec intervenant : FGB6B3B2p17-18
- Formation par intervention courte : E7p4
- Formation par soirée thématique : FGA2p7, E1p1-2p4, E11p3
- Réunion inter médecin pour formation : E2p3
- Séminaire régional pour faire réseau : FGA3A5A1p16-17
- Application numérique pour aide dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque : FGA4A2A1p17

## Annexe 11 : Verbatim des entretiens

L'ensemble des verbatims a été annexé. Ils ont été repris au mot-à-mot et sont donc une retranscription de langage oral. Chaque verbatim a été paginé de façon indépendante pour correspondre aux citations faites dans le texte.

E1p3 correspond à une citation de l'entretien individuel 1 se trouvant à la page 3.

FGA5p12 correspond à une citation du participant 5 du focus group A se trouvant à la page 12.

## **Focus group A**

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ? Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?

I : En chiffre ou un ratio.

A2 : Un patient sur cent.

A3 : Un patient sur cent tu crois ?

A2 : Ben je suis pas sûre.

A3 : Moi je dirais que j'en ai pas beaucoup mais je suis incapable de dire un chiffre.

A1 : Moi je crois que j'en ai trois ou quatre mais j'ai que cent quatre vingt patients.

A5 : Pour moi je dois en avoir quatre ou cinq qui me viennent à l'esprit sur sept cent patients environ.

A2 : Moi sept sur sept cent, à la louche.

A4 : Ouais moi je dirais a peu près comme A2, six sur six cent.

A3 : J'en ai qu'un qui me vient en tête mais je dois en avoir plus. J'en ai pas beaucoup je pense mais peut être si ça se trouve c'est complètement sous évalué, c'est difficile de dire. J'ai environ cinq cent patients.

I : Est ce que vous avez un patient qui vous vient à l'esprit ou qui vous pose problème, là ?

A2 : Oui.

I : Et bien allez y.

A2 : C'est une patiente qui est insuffisante cardiaque, insuffisante rénale, insuffisante respi. C'est toujours le truc sympa où on sait pas trop comment faire et après cette dame ben elle est souvent... elle a eu quelques hospitalisations pour décompensations. A chaque fois le traitement est pas beaucoup changé en fait. Et ce qui me pose problème ben c'est toujours avec la fonction rénale savoir comment équilibrer entre les deux... je sais pas si il faut que je dise d'autres choses.

I : Ben non, non c'est bien. Est ce qu'il y a d'autres exemples ?

A1 : Oui moi j'ai une patiente de quatre vingt dix ans qui a un RA évolutif, qui est poly pathologique avec une grosse démence et qui fait une énorme poussée d'insuffisance cardiaque avec des pro BNP à vingt sept mille et je lui ai obtenu un rendez vous chez le cardio qui lui dit qu'elle a pas d'insuffisance cardiaque alors que moi j'entends des crépitements jusqu'en haut, qui lui a arrêté le LASILIX alors que moi j'ai mis un moment à l'introduire et je suis un peu dans la même situation que A2 où du coup ben j'ai fait appel au cardiologue mais qui va pas dans mon sens à moi, qui a dit à la patiente qu'il la revoyait pour la dernière

fois. Et du coup voilà je suis toute seule avec ma patiente pour qui on a arrêté le LASILIX donc...

A3 : Il faut trouver un autre cardiologue.

A1 : Voilà c'est une des possibilités que j'ai envisagée.

I : Donc notre première partie concerne les freins liés au réseau de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, et vous mêmes en tant que médecins généralistes ? Au niveau de l'accès téléphonique, courriers, conduites à tenir, adaptations des traitements...

A5 : Ça dépend des cardiologues je pense avec qui on a à faire. Il y en a certains à qui j'adresse les patients et je les connais bien et je sais que la relation se fera bien. Il y en a d'autres qui étaient pas choisis par moi mais par le patient avant et avec qui la communication sera peut être moins, moins facile. Et alors là si ils sont suivis à l'hôpital c'est parfois encore plus compliqué pour réussir à les joindre. Donc ça peut très bien se passer en tout cas me concernant, très bien se passer comme être la galère pour avoir quelqu'un au bout du fil.

A2 : Du coup pour les gens qui sortent d'hospitalisation notamment ceux à l'hôpital, on met tellement longtemps à recevoir les courriers que nous on nous demande de revenir contrôler à la maison comment ça va et on a à peine une pauvre ordonnance, on ne sait pas ce qui s'est passé et là c'est la galère complet enfin.

A4 : Moi ça va quand même mieux.

A2 : Avec l'hôpital ?

A4: Ah ben ouais moi je trouve que les comptes rendus...

A5 : Oui.

A4 : On les reçoit beaucoup plus rapidement et il y a le service pilote là où ils sortent même avec leur compte rendu.

A2 : Ouais.

A4 : Le patient sort avec son compte rendu.

A2 : D'acc.

A5 : Tu en as toi qui sortent de l'hôpital ?

A2 : Ouais, ouais avec un compte rendu provisoire.

A5 : Et oui comme tu dis je trouve qu'on les reçoit plus rapidement qu'avant les comptes rendus sur ZEPPRA.

A4 : Ouais, non globalement. Ben il y a quelques services qui restent problématiques. En cardio ... moi j'ai pas eu de patients hospitalisés en cardio récemment mais...

A2 : Moi j'ai l'impression qu'à la clinique mutualiste on a toujours le truc temporaire normalement mais après c'est vrai qu'à l'hôpital pour l'instant je l'ai pas vu le compte rendu comme tu dis.

A3 : Ouais moi j'en ai vu aucun des comptes rendus.

A4 : Si oui j'en ai vu, j'ai eu des patients qui me l'ont amené. En neuro notamment...

A3 : J'ai une dame qui va souvent en pneumo c'est l'enfer, on a les comptes rendus trois mois après. Cardio je sais pas.

I : OK, d'autres ?

A4 : Ben moi communication avec, globalement avec les cardiologues de ville je trouve que c'est quand même assez simple soit par mail soit par téléphone, pour les cardiologues de mes patients et plus compliqué avec l'hôpital ouais bien sûr pour les joindre c'est toujours la galère et sinon moi je trouve qu'il y a aussi une problématique de... ils se renvoient la balle entre le pneumo et le cardio, j'ai un patient en tête où le cardio dit que la dyspnée elle est d'origine pulmonaire et le pneumo dit que c'est plutôt cardiaque donc.. j'ai ce problème là. Pour un patient.

I : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

A5 : Ben qu'ils nous répondent quand on leur parle quoi.

A4 : Ouais qu'ils fassent plus vite les courriers.

A3 : Après globalement la communication avec les cardiologues elle est plutôt bonne. Enfin avec les cardiologue de ville qu'on connaît elle est très bonne, avec ceux qu'on connaît pas elle est moins bonne quoi. Avec les hôpitaux, cliniques elle est.. c'est correct.

A5 : Ouais moi à l'hôpital j'ai aussi des patients qui sont suivis par le RESIC et facilement j'arrive à joindre Dr X ou Dr Y, enfin c'est les deux avec qui j'ai, que j'ai en tête pour une patiente. On arrive quand même facilement à les joindre. A la mut j'en ai pas trop.

A1 : Après je pense que ce qui pourrait faciliter ça serait de se connaître aussi. Parce que une fois que tu connais les, à qui tu as à faire que tu as vu une première fois la personne...

A3 : Oui c'est vrai.

A1 : Si on se rencontrait de temps en temps parce que finalement on va en formation mais on va à des formations qui sont sectorisées par spécialité et du coup on ne rencontre pas forcément nos correspondants et juste de se rencontrer une fois comme ça peut nous arriver à la pharmacie, au labo ou avec des ou avec les infirmières peut être que la connexion se ferait mieux et...

A4 : Moi je trouve que c'est pas mal aussi quand ils ont des portables ou des numéros spécifiques pour les médecins dans les cabinets de ville, qui est, qu'on ait un numéro, une ligne médecin, ça évite d'attendre trois heures que la secrétaire réponde et c'est pas mal je trouve. Il y a quelques cabinets qui font ça et c'est, ça marche bien. Ça c'est pour la ville après l'hôpital je sais pas.

A3 : A l'hôpital ils ont toujours une ligne quand même dédiée.

A4 : Un portable d'astreinte ?

A3 : Oui.

A4 : Oui mais en cardio c'est censé être plutôt pour les urgences.

A3 : Oui pour les urgences, pour l'insuffisance cardiaque effectivement ils ont...

A4 : Ils ont pas de portable d'avis cardio, d'avis non problématique urgente, je crois pas. Au CHU en tout cas.

A2 : Je crois pas non plus, après ils font les échographies, ils ont des créneaux d'urgence d'échographie cardiaque je crois, je suis pas sûre.

A4 : Je sais pas.

A2 : Il me semble. Ben après ça, c'est que, tu as l'avis cardiaque quand même avec donc...

A4 : Oui, peut être qu'il y a des choses et qu'on est pas au courant effectivement.

A2 : Ça c'est possible.

A1 : Ça arrive.

A3 : C'est bien quand les services ils font une petite plaquette, ils avaient fait ça il y a pas très longtemps, peut être il y a un an ou deux le CHU ou la mut je sais plus. Ils font une petite plaquette avec tous les médecins, les numéros les machins. Il faut réactualiser le truc de temps en temps et ils nous l'envoient par la poste ou par mail puis c'est bon.

A4 : Ouais.

A3 : Il me semble que c'est à la mut qu'ils avaient fait ça.

A1 : Ouais c'est possible.

A2 : Ouais moi je m'étais dit en communication, les patients quand ils sont insuffisants cardiaques et qui sortent. Ils sortent souvent avec beaucoup de LASILIX mais ils veulent qu'on le baisse et ils nous le disent pas et nous on sait pas. En plus quand on voit l'ordonnance on se dit oulala il sort de cardio on touche pas à l'ordonnance. Moi ce que je m'étais dit que si ils peuvent mettre en dessous une petite note. Parce que admettons on a pas le courrier, juste sur l'ordonnance ils mettent : nous rappelons au médecin traitant que les objectifs sont : diminuer au maximum le LASILIX, augmenter au mieux les IEC sous surveillance du poids, de la fonction rénale, de la tension et comme ça ça nous donnerai confiance de changer tout ça parce que c'est vrai, je sais pas vous mais quand ils sortent avec la belle ordonnance du spécialiste de l'hôpital moi, nous on se sent pas trop légitimes et puis on sait pas ce qu'ils attendent de nous en fait, de faire ces modifications là pour l'insuffisance cardiaque.

A1 : On ose pas en fait.

A3 : Puis des fois le patient il est pas trop d'accord.

A2 : Oui.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

A3 : Alors moi j'ai un patient qui est dedans, je ne sais pas à quoi sert le réseau, je n'ai aucune interaction avec le réseau. On me propose des formations à des, je crois que c'est souvent le mardi après midi à 14 h donc je ne peux jamais y aller. Je sais pas à quoi ils servent.

A5 : Ben moi j'ai un patient qui est dedans aussi et à l'inverse ils proposent des formations pour les patients aussi et lui il assiste à toutes les formations, il est super tout au courant de l'insuffisance cardiaque, les facteurs déclenchants, les signes d'alerte et tout. Et, et j'ai eu parfois appelé parfois justement le réseau parce qu'il décompensait ou pour un avis, ils l'ont rapidement pris dans leurs services et la communication était plutôt bonne, mais j'ai que lui en tête.

A4 : Moi j'ai pas de patient suivi par le RESIC.

A1 : Moi non plus, j'ai pas de patient suivi par le RESIC. Mais je sais ce que c'est parce que j'ai été en rééducation cardiaque, j'ai fais FFI et on travaillait avec eux. Je trouvais ça génial mais j'ai l'impression que ça se développe beaucoup autour de l'hôpital, quand les patients passent par l'hôpital mais avec les cardiologues de ville j'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de patients qui soient inclus.

A4 : Ah ouais que les cardiologues de ville les intègrent dans le réseau.

A1 : Ouais j'ai pas l'impression.

A4 : Ouais c'est vrai.

A1 : Ouais moi je connaissais bien mais par le biais du CHU, pas ... je sais pas si ça...

A2 : Ben moi je n'ai plus de patient dans le RESIC... Enfin non elle est sortie du RESIC mais elle est pas morte. Mais du coup par contre c'est vrai qu'elle avait son classeur, de temps en temps qui était rempli, plus le classeur des infirmiers libéraux à côté, plus un autre cardio de ville et je savais pas qui était son... enfin est ce qu'elle avait un cardiologue référent autre ou pas, enfin bref.

A5 : Et pourquoi elle en est sortie? Parce qu'elle était plus insuffisante cardiaque ?

A2 : Parce que j'ai reçu un courrier du RESIC en disant qu'elle avait plus besoin du RESIC et qu'elle sortait du truc alors qu'elle est toujours insuffisante cardiaque.

A5 : D'accord.

A4 : Ils en veulent plus.

A2 : D'ailleurs, elle aurait peut être un bénéfice à y retourner parce que là ça va pas trop mais...

I : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

A1 : Ben il faut communiquer.

A3 : Ben déjà expliquer à quoi il sert parce que enfin moi j'ai pas vu le... Pourtant mon patient qui est dedans c'est un mec très, c'est un chercheur et tout, il prend des notes sur tout, enfin il est très scolaire, très machin et tu vois, je pense qu'il est jamais allé aux formations. Peut être qu'il est plus dedans effectivement je sais pas.

A5 : Oui c'est sûr que la base c'est savoir à quoi ils servent. Je suis pas sûre d'avoir eu une plaquette ou peut être qu'il y a longtemps sur leur utilité.

A1 : Leur utilité, comment les contacter.

A5 : Et puis comment les contacter.

A1 : Quels patients.

A5 : A quel moment les contacter.

A1 : Ouais, quels patients tu peux intégrer aux réseaux parce que j'imagine que pas tous les insuffisants cardiaques sont intégrés au réseau RESIC.

A5 : Et puis les gens qui sont dans le RESIC, moi mon patient il a aussi sa cardiologue en ville donc quand est ce qu'on privilégie, quand est ce qu'on appelle le RESIC, quand est qu'on appelle la cardiologue. Ouais ben qu'elle est leur place quoi.

A4 : Comment ça fonctionne.

A1 : Mais pour ça il faut communiquer, enfin faudrait peut être qu'il vienne vers nous en fait.

A3 : Ils viennent parce que des fois ils proposent des formations mais...

A1 : Moi j'ai jamais eu...

A3 : Moi je reçois des mails des fois de formation mais franchement c'est toujours...

A4 : Ouais du CHU.

A3 : A des horaires ou à des jours...

A1 : Ouais.

A4 : Ouais c'est des après-midis.

A3 : C'est en semaine en plein milieu de l'après-midi

A1 : Moi j'ai jamais rien reçu.

A3 : Je vais pas prendre mon après midi pour aller à un truc où je sais pas ce que c'est.

A2 : Moi j'ai eu une formation un soir par L'AMEDYG, là un petit groupe de médecins et c'était le Dr X et c'était sur l'insuffisance cardiaque. Donc là c'est parfait. Nous le soir de toute façon c'est le seul moment où on peut faire des formations.

A3 : Attends, il faut montrer patte blanche pour aller dans ton groupe là.

A2 : Ouais.

A4 : Non mais celle dont tu parles c'est le RESIC qui les organise.

A3 : Oui, oui c'est le RESIC qui les organise et c'est toujours en plein milieu de l'après midi.

A1 : Ben après ça s'organise, tu peux...

A5 : Ben il faut être très motivé.

A1 : Oui mais bon, ça fait parti de notre boulot de...

A5 : Tu les reçois où les invitations ? Par mail ?

A3 : Mais moi je les reçois par mail parce que je pense...

A5 : Ouais.

A3 : Que quand ils ont inclus mon patient dans le RESIC, ils m'ont dit que ça y est vous êtes membre du RESIC, alors que...

A5 : Je me demande si je les reçois pas aussi mais que je les lis pas en fait. (Nom d'interlocutrice du RESIC) c'est un nom qui me revient souvent.

A3 : (Prénom de la secrétaire du cabinet) elle nous les transfère.

A5 : Ah peut être alors.

A3 : Bref ça nous intéresse beaucoup.

A5 : En tout cas ils communiquent bien avec nous parce que ce patient là, à chaque fois qu'il est hospitalisé je reçois un mail de cette (Nom d'interlocutrice du RESIC) là. Monsieur truc est admis dans le service, telle date je ne sais pas pour quelle raison et elle me prévient quand il est sorti. Monsieur truc est sorti du service à telle date et à chaque fois elle m'informe quand il arrive et quand il part.

A3 : Ça pour le coup c'est bien parce que...

A5 : Mais je sais pas quel est le motif à chaque fois elle me le dit pas mais je me dis ah bon il est à l'hôpital.

A3 : Si c'était comme ça pour toutes les hospit ça serait quand même bien parce que des fois on apprend...

A5 : Ouais.

A3 : Par hasard au bout de trois semaines que le patient est hospitalisé.

A5 : Ouais.

A3 : Et ressorti et qu'il est arrivé je ne sais quoi.

A2 : Après ouais si on te dit tout le temps dès qu'il y a un patient, ben tu t'en sors plus déjà les mails là on les a pas. Pour chaque hospit on en a pas, on les lit pas.

A3 : Non mais faut pas que ça arrive sur notre boîte mail.

A2 : Ouais.

A3 : Faudrait que ça arrive sur SISRA je sais pas.

A2 : Ouais.

A3 : Ou un truc.

A2 : Le RPS.

A3 : Le RSPS.

A3 : Peut être que les cardiologues pourraient communiquer par le RSPS.

A2 : Et ce qui est compliqué moi je trouve c'est tous les réseaux qui existent. Il y a des fois des patients qui arrivent et qui me disent mais vous connaissez pas le réseau...

A5 : Oui.

A2 : Des douleurs pubiennes... Non mais c'est ça qui est dur, c'est qu'il y a tellement de choses que enfin, comment est ce qu'on peut savoir tout ça. Ou alors il faudrait un, peut être un annuaire des réseaux.

A5 : Ouais.

A4 : Ben ça existe.

A5 : Il existe des réseaux pour tout. Moi j'ai découvert le réseau SCARABEE par une patiente, je ne connaissais pas non plus.

A4 : Ben le scarabée c'est le concurrent du RESIC. Ben d'ailleurs quelle est la place...

A5 : Ben non SCARABEE c'est pour le SCA, c'est les SCA, syndrome coronarien.

A4 : Ah oui.

A5 : C'est complémentaire. Mais oui il y a des réseaux pour tout.

A1 : Je connais pas moi.

A5 : SCARABEE.

A4 : Ouais SCARABEE ça vient de la mut je crois. Oui je crois effectivement c'est SCA c'est logique.

A2 : C'est pas de la musique SCA (rires).

I : Concernant les freins liés aux patients. Est ce que vous pensez ou vous ressentez des difficultés pour adapter les traitements de l'insuffisance cardiaque surtout liée au risque de iatrogénie ?

A5 : Tu peux redire le début de la question ?

I : Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

A5 : Ben en gros adapter les traitements c'est quoi, c'est souvent baisser ou augmenter le diurétique enfin moi je fais pas grand-chose. Quand ils sont en poussée je l'augmente un peu, quand ça va mieux je le re baisse.

A2 : Ouais c'est vrai que quand tu as le diurétique, quand la patiente est insuffisante rénale ben du coup tu es.

A1 : Ouais.

A4 : Ouais.

A2 : Si ils ont des clairances, ben moi la patiente elle a dix huit de clairance alors bon je fais quoi.

A4 : Le principal problème, je trouve que c'est ça.

A5 : Tu jongles entre ça, la tension.

A2 : Ouais voilà sur le fil.

A4 : Ouais c'est ça qui revient le plus fréquemment.

A2 : Ouais.

A4 : C'est le problème de la créat et la majoration des diurétiques. Après moi je, en terme de thérapeutique, je pense que je suis pas à jour sur les traitements actuels de l'insuffisance cardiaque franchement. Ouais je pense que je suis pas au top donc non je suis pas à l'aise pour. Je sais plus ce quelle était ta question mais pour manipuler en tout cas, ouais, pour manipuler.

I : Chez les personnes âgées, avec plein d'autres traitements à côté aussi, manipuler que ce soit les anti hypertenseurs, les diurétiques...

A1 : Oui de façon plus générale, sur tous les traitements, pas que les diurétiques...

A2 : On a un logiciel d'interaction médicamenteuse, ça aide un peu.

A3 : Ouais, pas mal même.

A2 : Et il peut bugger aussi y'a, si tu rentres la clairance dedans, il te dit attention tu peux pas, la clairance elle est pas bonne.

A4 : Ah ouais ?

A2 : Ouais.

A4 : Je savais pas qu'on pouvait faire ça.

A1 : Ouais mais il te dit ça tout le temps du coup, alors que du coup, c'est l'enfer. Enfin tu regardes c'est comme le VIDAL pour les femmes enceintes tu peux rien donner et ben là pour les insuffisants rénaux tu peux rien donner.

A2 : Ben y'a des fois où quand même les ordonnances, elle est à l'équilibre, tu as pas d'alerte. Donc là tu te dis c'est vraiment bon quoi.

A1 : Ouais.

A3 : Moi j'ai l'impression qu'il y a des alertes tout le temps avec des trucs qui ont été prescrits il y a six mois.

A2 : Ah oui ça par contre, ouais.

A3 : C'est pas terrible quand même ce système.

A1 : Après sur ta question, les difficultés vis à vis des adaptations thérapeutiques pour prévenir de la iatrogénie moi je suis pas, je suis un peu comme A4 j'ai l'impression de pas savoir quoi faire donc à part majorer ou diminuer un diurétique pour le coup moi je prends mon téléphone quasiment tout le temps quand vraiment il y a une grosse poussée d'insuffisance cardiaque j'appelle le cardiologue et c'est extrêmement rare à part un en particulier, celui de madame de tout à l'heure, j'arrive à les avoir rapidement donc en général ça pose pas de problèmes, ils sont assez dispos au téléphone. Donc je fuis la difficulté en faisant ça mais je suis pas meilleure après.

A5 : L'étape d'après c'est de faire une formation.

A1 : C'est ça.

A5 : Pour se mettre à jour.

A4 : Moi, y'a des cardios qui sont très pédagogues aussi, des fois tu leur poses la question, ils te réexpliquent bien pourquoi ils te disent de faire ça.

A1 : Ouais.

A4 : Du coup ça te sert pour la fois d'après.

A1 : Ouais.

A4 : Ça arrive quand même.

A1 : C'est vrai.

A2 : Oui on a de la chance d'avoir pas mal de jeunes cardios qui arrivent, sans dire que les vieux sont pas pédagogues mais... On a une flopée de jeunes qui expliquent plein de trucs.

I : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

A5 : Ben nous mettre à jour dans la formation, aussi nous.

A4 : Se former.

A5 : Se former.

A3 : C'est vrai que c'est un sujet que j'aurais bien fait en...

A5 : Ouais.

A3 : J'aurais bien fait deux jours de formation sur l'insuffisance cardiaque mais y'avait pas cette année.

A5 : Moi aussi, c'est ce que je regardais, donc se former.

A1 : Et après ton idée A2 de noter une conduite à tenir précise sur l'ordonnance ou dans le courrier.

A4 : Oui ça c'est une très bonne idée, ouais.

A1 : Au moins ça, pouvoir juste nous expliquer justement alors.

A4 : Les grandes lignes.

A1 : Dans tel cas vous pouvez faire ça, dans tel cas vous pouvez faire ça c'est pas mal quoi. Un petit rappel quoi.

A2 : Ou une nouvelle connaissance mais.

A1 : Oui...

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

A2 : Ben on n'en sait rien. Enfin je sais pas vous mais moi les gens disent tout le temps qu'ils prennent ce qu'on leur dit. En plus on essaie de leur ex... enfin moi j'essaie de leur expliquer à quoi sert chaque médicament, je les classe, chaque médicament anti hypertenseurs ils sont tous ensemble enfin. Mais en fait on se rend compte que dans les études, l'observance médicamenteuse elle est un peu aléatoire. J'ai, qu'est ce que j'ai vu, on a reçu un courrier de la sécu, il y a pas longtemps là, les anticoagulants dans les cas de FA, genre un patient sur trois qui l'a arrêté pendant plus de soixante jours.

A1 : Ah ouais j'ai pas vu.

A2 : Un truc de taré, ouais. Donc voilà on est certainement très candide mais enfin après on a l'infirmière ASALEE qui peut, qui, pour les patients diabétiques elles demandent l'observance mais nous on l'a de, moi je la demande jamais, je sais pas vous. Et puis surtout si on l'a demande, je pense que les gens nous disent qu'ils les prennent bien les médicaments. Pour pas nous vexer.

A5 : Je sais pas je suis peut être naïve, moi je pars du principe qu'ils les prennent.

A2 : Ouais.

A5 : Et puis je me dis si ils les prennent pas... Des fois il y en a qui me le disent genre le traitement pour le cholestérol je l'ai arrêté.

A4 : Mais on pose certainement pas assez la question.

A5 : Peut être qu'il faudrait demander.

A3 : En fait quand on leur demande, moi ça m'arrive des fois de leur demander mais celui là vous le prenez et des fois ils disent ben non je le prends plus... ouais ok.

A5 : Peut être qu'on le demande pas assez.

A3 : Ben dites le, c'est vrai eu si on leur pose la question, souvent ils .. Je pense qu'ils vont pas jusqu'à mentir sur le fait qu'il prenne encore un truc.

A5 : Ouais ils mentent par omission, ils nous disent peut être pas.

A3 : Oui.

A4 : Et ouais je pense ,l'observance serait meilleure aussi si, ils avaient de l'éducation thérapeutique en parallèle quoi. Si on leur expliquait à quoi servent les médicaments enfin moi je le fais sans doute pas assez.

A1 : Ouais, du coup ben maintenant on a l'infirmière ASALEE.

A4 : Oui, oui mais pour l'insuffisance cardiaque elles...

A1 : Elles sont pas formées ?

A3 : ASALEE je pense pas qu'ils prennent les patients insuffisants cardiaques, ça serait peut être un truc qui pourrait se développer non ?

A1 : Parce qu'après en soit la diététique...

A4 : Ben elle est en train.

A1 : Et tout ça c'est les même consignes quoi, de pas manger salé, de pas, de se peser...

A4 : Elle est en train de se former en fait.

A3 : Ouais.

A4 : Je lui ai donné le contact, bon sort un peu du truc là, mais on en reparlera après.

I : Comment envisageriez vous de l'améliorer ?

A3 : Ben l'infirmière ASALEE c'est quand même super parce que les patients ils accrochent bien. Nous ça nous prend pas de temps. Je trouve que c'est un système qui est, qui est bien.

A1 : Il y a pas d'avance de frais en plus donc ça.

A3 : Oui déjà c'est gratuit donc ça ils aiment beaucoup que ça soit gratuit.

A1 : Ben moi j'explique que c'est pas gratuit, qu'elles sont payées pour le coup mais que voilà.

A3 : Oui c'est pas gratuit mais qu'ils aient pas besoin de payer.

A1 : Qu'ils en bénéficient sans avancer des frais. Je mets un point d'honneur à leur dire ça.

A2 : Ben ouais tu as raison. On aurait le temps on le ferait mais déjà en vingt minutes quand on a cinq motifs, qu'on prend cinq minutes de retard à chaque consult machin, leur dire et votre traitement et vous savez à quoi ça sert machin, enfin. Oui on pourrait faire des consult d'une heure, ouais ça serait juste horrible.

A4 : Moi je pense aussi qu'il faut des écrits parce que...

A1 : Oui.

A2 : Oui, pareil.

A4 : On a beau leur parler cinq minutes du diurétique ils vont pas retenir. Il faudrait un document écrit quoi qu'on le remette un document écrit sur la, ou un petit mot peut être pour pas qu'il y ait trente six papiers toujours pareil sur l'ordonnance avec une petite explication à quoi sert le médicament ça.

A3 : Mais est ce que ça, le RESIC ils proposent pas des...

A4 : Ben si, à priori il y a de l'éducation thérapeutique.

A3 : Si ils font des formations, y'a pas des fiches ou des choses comme ça.

A5 : Si, si ouais j'ai un patient en question il a son classeur où il a pris, il avait un photocopié, il prenait des notes mais après faut être dans le RESIC puis il faut être aussi intéressé.

A3 : Ouais.

A5 : Lui il est vachement motivé pour tout ça mais il y a des patients aussi qui sont moins dans la demande.

A3 : Peut être que le RESIC pourrait plus communiquer vers nous et nous transmettre des fiches ou des trucs à transmettre au patient pour que nous.

A4 : Ouais du matériel pour l'éducation thérapeutique.

A1 : Des outils.

A3 : Parce que si nous mêmes on doit faire des fiches, chercher des fiches machin.

A4 : Ben ça existe et en plus ça sert à rien de perdre du temps à faire ça alors qu'il y en a qui existent.

A3 : C'est sûrement fait mais ça prend plein de temps quoi.

A4 : Ouais.

I : Quel est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

A3 : Ça dépend de l'EHPAD.

A2 : Moi justement aujourd'hui j'ai eu un appel d'une EHPAD pour une ancienne patiente du RESIC qui fait des poussées de tension et qui fait aussi de l'hypotension orthostatique. Et en fait cette dame ils la réveillent la nuit pour vérifier qu'elle fait pas de poussée de tension la nuit et forcément elle a vingt quand on la réveille en plein milieu de la nuit pour lui prendre la tension. Et ils font ça tout le temps et le truc c'est que sur mon ordonnance moi je lui ai dit que je peux pas majorer les anti hypertenseurs parce qu'elle chute, elle fait vraiment de la franche hypotension donc je leur ai dit en cas de besoin vraiment LOXEN machin. En fait ils lui prennent la tension tout le temps pour vérifier si elle dépasse pas ce fameux seuil et il lui donne du LOXEN deux fois par jour puisque du coup elle monte en pression et voilà. Du coup c'est un petit peu compliqué. Donc c'est vrai que je suis pas sûre que tous les infirmiers d'EHPAD sont, soient formés aussi là dessus, c'est compliqué aux gens de dire d'arrêter de prendre la tension, enfin bref. Voilà.

A4 : Par contre le point positif c'est la surveillance du poids qui est...

A2 : Non.

A4 : Plus facile qu'à la maison.

A2 : En EHPAD ?

A4 : Qu'à la maison.

A2 : Qu'à la maison? Ben en EHPAD le poids il est quasiment jamais enfin après on parle pas forcément de toutes les EHPAD mais...

A5 : Même si tu le demandes.

A2 : Mais si je le demande, moi je le note sur mes ordonnances et quand tu demandes, quand ils sont au téléphone, elle va vraiment pas bien, elle est essoufflée, son poids est stable ? Oui,

oui puis bizarrement vingt quatre heures après, oh elle a pris trois kilos en vingt quatre heures et c'est pas vrai enfin tu vois. Bref le poids il est rarement surveillé, rarement noté au bon endroit, enfin en tout cas c'est mon ressenti. Il faut courir après le poids j'ai l'impression.

A3 : Oui à la maison c'est très variable aussi si il y a des infirmières qui passent, qu'elles sont, quelles infirmières passent.

A4 : Est ce que le patient a une balance.

A2 : Mais souvent ils en ont une.

A3 : Ils en ont souvent une.

A1 : Est ce qu'il peut se déplacer jusqu'à la balance.

A4 : Tenir sur la balance.

A2 : Ben moi je vais la chercher en visite à domicile, je vais la chercher la balance et je leurs mets.

A4 : Ouais mais aussi.

A2 : Je trouve que c'est plus rapide que l'infirmière elle cherche sur l'EHPAD sur son logiciel voir si elle trouve un poids quelque part. Ah non c'est sur la fiche de l'aide soignante de la semaine dernière.

A1 : Ouais.

A2 : Enfin bref c'est peut être aussi mon énervement du jour.

A1 : Ça rajoute une difficulté, ça rajoute je trouve une difficulté ouais supplémentaire de, d'être à domicile ou. Même si quand même en EHPAD c'est vrai il y a une surveillance clinique, même si le poids est pas pris. Elles ont quand même un regard sur les patients, tu hospitalises peut être moins vite que...

A2 : Moi si cette patiente, en l'occurrence elle était à domicile, elle aurait pas la tension prise dix fois par jour et en plein milieu de la nuit donc euh ça serait plus simple. Pour moi en tout cas.

I : Comment envisageriez vous d'améliorer cela ?

A2 : Du coup, mais du coup il y a les infirmières du RESIC si je me trompe pas, je pense qu'elles pourraient juste, enfin se faire une réunion mais nous on en fait des fois sur des situations complexes et tout ça à domicile avec le réseau, le réseau CPS et tout ça, là pareil sur les patients insuffisants cardiaques. Si il pouvait y avoir une infirmière du RESIC qui fait une réunion avec les infirmières libérales et qui leur dit ben voilà l'objectif c'est ci c'est ça, faut faire ci faut faire ça je pense que ça aidera bien. Elles le font les filles de plateforme, enfin nouvelle MRS je sais plus quoi là, quand c'est les soins palliatifs et que tu as les toilettes qui sont compliquées ou des soins de bouche elles expliquent sur place aux infirmières libérales comment faire, je pense que ça pourrait aider quoi enfin.

A3 : Peut être que dans les EHPAD, les infirmières pourraient être, enfin faire un peu de formation. Je sais pas si elles sont formées, si elles font des formations continues les infirmières des EHPAD mais ... l'insuffisance cardiaque globalement c'est un sujet qui paraît assez adapté pour les infirmières en EHPAD. Elles en ont beaucoup des patients comme ça, juste faut qu'elles soient mieux formées après je sais pas.

A4 : Peut être utiliser, peut être que pareil les supports du RESIC pourraient être utilisés, diffuser aux infirmières libérales même si le patient est pas dans le RESIC pour avoir les, les supports avec les choses à surveiller quoi.

I : D'autres idées ?

A2 : Non.

A4 : Non.

A1 : Non.

I : La dernière partie concerne les freins liés aux médecins. Voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

A5 : Vu ce qu'on a dit avant je pense que oui

A4 : Oui.

I : Comment ?

A3 : Ben en séminaire de DPC.

A1 : Ouais DPC.

A5 : Oui, c'est le mieux tu as le plus de temps, c'est sur deux jours souvent voire sur un jour.

A3 : C'est la journée, c'est pas le soir jusqu'à vingt trois heures trente.

A5 : Ouais.

A3 : C'est indemnisé.

A1 : Avec des professionnels qui sont, enfin qui ont l'habitude de gérer ça donc.

A3 : Ouais par contre c'est vrai que c'est bien si c'est fait, si c'est fait dans la région où tu exerces, ça te permet de voir les gens à qui tu adresseras tes patients parce que aller te former à Lille sur l'insuffisance cardiaque c'est... c'est intéressant en théorie mais ça te donne pas de réseau chez toi donc c'est quand même moins bien.

A5 : A la formation tu verras la personne qui sera venue faire le topo mais tu verras pas tous les intervenants non plus.

A3 : Non mais comme ça la personne te présente ce qui existe dans ta région.

A5 : Ouais.

A3 : Tu vois le RESIC c'est un réseau local.

A5 : Oui, oui.

A3 : Il y a peut être un équivalent à Lyon ou un équivalent à Toulouse.

A1 : Mais par exemple...

A3 : Et tout ça mais enfin moi qu'ils m'expliquent comment ça marche à Toulouse.

A1 : Oui.

A5 : On s'en fiche.

A3 : On s'en fout un peu, j'espère que pour eux ça marche bien.

A4 : Après ce qui est pas mal aussi c'est les sites internet type ANTIBIOCLIC, je sais pas ce qui pourrait se faire sur le même thème.

A2 : Insuffisance cardioclic, IC clic.

A1 : Oui c'est une bonne idée tiens.

A4 : Mais bon c'est plus complexe que...

A1 : Ouais.

A4 : Les antibiotiques, donc je sais pas si, il y en a sûrement qui aurait des idées pour faire un outil comme ça.

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique sur l'insuffisance cardiaque ?

A3 : Tu veux dire une à destination des médecins, et une à destination des patients ?

I : Ben ouais, enfin d'une formation à l'éducation thérapeutique que ça soit pour vous ou que se soit pour les patients.

A2 : Pour les patients très bien, pour nous c'est toujours dur je, enfin vu qu'on a pas le temps de le faire en consultation. C'est intéressant de se former sur plein de choses mais je suis pas sûre que ça soit la chose qu'on puisse appliquer du coup plus comme on disait pour les infirmières.

A5 : Ouais.

A2 : Tu vois notre infirmière ASALEE, elle a été formée pour ça, ben ça serait bien.

A4 : Ouais.

A5 : Ben pour nous aussi ça pourrait être intéressant même si on a pas le temps de le mettre en pratique.

A2 : Ouais.

A1 : Oui

A5 : Mais pour au moins savoir, qu'on parle tous de la même chose.

A1 : Et oui apprendre à communiquer le choix des mots aussi parce que parfois comme tu dis qu'on dise tous la même chose. L'infirmière explique parfois quelque chose, nous on dit l'inverse ou en tous cas c'est compris par le patient de, pas de la même façon et du coup c'est pas mal que, qu'on soit tous formés de la même façon et parfois même juste d'apprendre à communiquer dans ses formations là c'est, quand vous posez la question, prenez vous vos médicaments ? Le patient va forcément dire oui. Comment ça se passe avec ce traitement peut être qu'il va commencer à dire ben en fait je le prends pas. Donc c'est des trucs bêtes mais peut être que juste ça, ça nous apprendrait, enfin ça nous faciliterait un peu la vie.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

A4 : L'éducation thérapeutique ?

I : Ouais.

A5 : Ben de connaître, quand tu connais ceux à qui tu as à faire tu, tu, tu comprends mieux pourquoi tu dois prendre tel médicament ou faire tel action donc de comprendre ça permet de mieux agir.

A4 : De consulter au bon moment aussi.

A5 : Ouais, d'avoir les signes d'alertes.

A3 : En général c'est toujours positif l'éducation thérapeutique pour les patients mais après ça dépend des patients. L'insuffisance cardiaque si c'est le petit papi de quatre vingt quinze ans ça va peut être compliqué pour lui quoi.

A5 : Faut bien mourir aussi.

A3 : Non mais ça dépend de l'état général du patient et de ses capacités. Globalement les patients qui, qui font de l'éducation thérapeutique forcément il y a un biais de recrutement mais ils sont souvent assez contents de ce que cela leur apporte.

A5 : Ouais. Oui il y a un biais de recrutement, ça c'est sûr. Ils sont pas tous motivés pour le faire.

A3 : Ceux qui sont motivés et qui le font, en général ça leur plait.

A5 : Ouais.

A3 : Et du coup ça leur apporte des choses.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

A4 : Moi j'avais pensé peut être tout à l'heure mais c'est peut être pas très adapté à la population dite insuffisante cardiaque vu leur âge mais c'est une application smartphone pour soit renseigner des éléments sur leur état clinique soit noter si ils ont bien pris leurs médicaments, je sais pas un rappel pour, des alarmes pour les médicaments, des choses comme ça. Ben c'est pas très précis mais..

A5 : Ben il y a des fois des vieux ils ont des trucs sur leur téléphone. Là j'en ai un tout à l'heure de quatre vingt ans il m'a montré sur Instagram je sais pas trop quoi.

A2 : C'est vrai ?

A5 : Sur son téléphone, un truc d'Instagram tu vois, ouais, une publication. Certains sont à la page.

A2 : Plus que nous.

A5 : Plus que nous, ouais.

I : Merci beaucoup.

## **Focus group B**

I : Quel est approximativement dans votre patientèle le pourcentage de patients insuffisants cardiaques et est ce une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

B6 : T'aurais du poser la question avant pour qu'on le sache.

I : En gros.

B2 : Par médecin donc ? Chacun ?

I : Oui.

B6 : Insuffisant cardiaque quoi. Sévère, pas sévère, modérée? Insuffisants cardiaques point ?

B1 : Si vous nous donnez la moyenne en France des généralistes nous on saura si on a une patientèle plutôt âgée plutôt jeune on pourra se baser.

I : Non mais par exemple par rapport, vous pouvez dire par exemple si vous en avez vingt sur une patientèle... un pourcentage quoi, vraiment...

B3 : Ben moi j'en ai pas beaucoup de patients donc c'est facile je dois en avoir moins de dix, ouais sept ou huit.

I : Sur une patientèle ?

B3 : J'ai regardé j'ai deux cents patients.

BR4 : Autour de cinq pour cent un peu moins de cinq pour cent.

B3 : Mais j'ai une population de patients de jeunes familles surtout.

B6 : C'est parce qu'elle vient d'arriver.

BR4 : Ben moi je suis pas encore installé du coup c'est difficile de dire mais, je sais pas... non je peux pas dire j'ai pas vraiment de patientèle encore.

B6 : Moi je dirais une vingtaine peut être, une vingtaine.

BR4 : Seulement vingt ?

B6 : Ben ouais d'insuffisants cardiaques, avec le RESIC derrière.

BR4 : Pas plus ?

B3 : Avec le RESIC du coup, ceux avec le RESIC.

B2 : Y a pas que le RESIC hein.

B6 : Ah non mais c'est ça, j'ai ça qui me vient en tête parce que ceux là ils sont sévères... après... décompensation cardiaque, je sais pas.

I : Sur une clientèle de combien ?

B6 : Ben maintenant qu'on a changé là c'est mille, parce qu'on rajoute pas les enfants encore.

B1 : Moi je dirais vingt à trente sur mille.

B6 : Après oui les petites insuffisances cardiaques peut être qu'on les compte même pas ou que ça ...tu vois le problème c'est qu'on en est pas conscient... on les soigne on voit que ça décompense on fait ce qu'il faut si ça va pas on va chez le cardio... enfin on va, on les envoie chez le cardio.

B2 : En plus c'est les insuffisants cardiaques à fraction d'éjection conservée maintenant t'en as plein, t'en as au moins une trentaine. Trente sur quoi moi je suis à quoi neuf cent cinquante moi.

I : Et est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous êtes à l'aise ?

B6 : Ben on a pas l'impression d'être mal à l'aise on va dire tout.

B1 : A l'aise oui.

B2 : A l'aise plutôt.

B5 : Moi je dirais que j'en ai aussi peut être une vingtaine mais c'est ça la grosse question c'est ceux qui sont vraiment étiquetés puis ceux qui sont on sait pas exactement où ils en sont mais ils sont pas.... ils ont pas une fonction cardiaque parfaite sans forcément être étiquetés insuffisants cardiaques... je dirais une vingtaine sur six cent cinquante patients moi j'ai.

B6 : Toi t'as récupéré une clientèle...

B5 : J'ai plutôt une clientèle âgée avec de l'insuffisance cardiaque oui.

B2 : Sur tout de toute façon hein, sur cardiopathie ischémique, sur myocardiopathie dilatée... ?

I : Oui.

B5 : Et à l'aise, plutôt.

I : Si vous pensez à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques, y en a t il un ou une qui vous vient spontanément et vous a marqué et, ou posé des difficultés ?

B2 : J'en ai un bien cogné... qui est sur le réseau RESIC quoi... qui m'a posé problème de mon point de vue à moi ?

I : Oui.

B2 : Quoiqu'il est dans le réseau, c'est déjà... ça enlève une grosse... un gros frein quoi mais la question c'est... quand il décompense pas quel est son état basal quoi, tu... ça communique

pas toujours t'as pas toujours le retour du RESIC, des fois il passe directement en relation avec le RESIC, donc il décompense tu le sais pas ou tu l'apprends après, ils le font hospitaliser ou ils traitent maintenant les décompensations ils les traitent en ambulatoire et toi tu te retrouves au milieu et tu reçois pouf un iono potassium euh, sodium, cent vingt cinq tout va bien, voilà donc c'est de par le suivi où des fois ça communique pas toujours ça va de mieux en mieux quand même je trouve avec les messageries sécurisées avec SISRA, mais des fois t'es pas toujours au courant de ce qu'il se passe.

B6 : Alors moi j'ai eu un problème dernièrement avec une insuffisance cardiaque sévère..? Elle elle avait été hospitalisée pour quelque chose d'autre, en fait elle avait décompensé.. elle avait fait une décompensation cardiaque sur une constipation sévère. Elle s'est retrouvée avec des œdèmes des chevilles importants donc a l'hôpital ils ont décidé que c'était de l'insuffisance veineuse ils lui ont mis des bandes... en attendant que ça passe. Donc quand elle est revenue euh l'infirmière m'a appelée parce que pour le coup les centres de soins infirmiers nous appellent assez facilement en disant qu'elle était pas bien et caetera, et euh, pour le coup le RESIC avait dit qu'elle allait bien que c'était une insuffisance veineuse. Il a fallu que je passe derrière pour dire non c'est pas ça du tout, c'était vraiment une décompensation cardiaque. Donc parfois c'est l'inverse ils appellent le RESIC on peut tomber sur un médecin qui est peut être pas au courant qui la connaît peut être pas autant que nous je dis bien peut être pas, et pour le coup là y avait une énorme erreur je n'ai pas compris... donc vous voyez notre problème ça serait plutôt ça c'est, effectivement la communication n'est pas toujours très bonne. Parce que ça moi je l'ai appris par les infirmières, je n'ai pas eu le, euh, le RESIC ou qui que ce soit qui m'ait appelée.

B1: Moi les insuffisants cardiaques ils me posent des problèmes en début d'été quand on voit la canicule qui arrive, donc on part en vacances on se dit qu'est ce qu'on fait avec le LASILIX euh.. on baisse préventivement mais si la canicule dure pas... (rires).

B6 : Tu rates.

B1 : Donc là je pense qu'il y a vraiment un partenariat à faire avec les infirmières pour faire un protocole LASILIX d'ailleurs j'en fait des protocoles LASILIX en fonction du poids mais euh donc l'été vraiment avec une infirmière qui passe régulièrement pour ajuster... ça ça me pose problème moi chaque été.

BR4 : T'as déjà eu vraiment des patients pour qui t'as eu des soucis, t'en as retrouvé complètement déshydratés ?

B1 : Non je me rappelle pas en particulier mais ça me pose question.

B6 : De toute façon l'été y a toujours des complications on le sait, l'hiver aussi d'un autre côté tu me diras... (rires)... La moindre anomalie fait décompenser.

B3 : La où c'est plus facile pour nous maintenant qu'on est en maison de santé c'est très facile de communiquer avec l'infirmier qui est a domicile des patients plus fragiles on va dire comme on les voit le midi ou qu'on les a par chat, là là dessus...

B6 : Oui mais on a pas tous les infirmiers ici.

B3 : Oui mais voilà si peut être que c'est une facilité pour nous parce qu'on a un retour des patients assez rapide.

B6 : Pour adapter les traitements.

I : Donc la première partie concerne les freins liés au réseau de soins. Pouvez vous parler de votre ressenti concernant la communication avec les cardiologues qu'ils soient hospitaliers ou libéraux et vous mêmes en tant que médecins généralistes ?

B6 : Tout dépend du cardiologue.

B3 : On a pas le droit de donner de nom je pense...

B1 : Du réseau on est pas forcément dans le RESIC ?

I : Non non le réseau de ville, en tant que médecins.

B6 : Donc tout dépend du cardiologue.

B1 : Tout dépend oui.

B6 : Ou tout dépend des secrétaires du cardiologue... voilà en gros c'est ça.

B2 : Moi je dirais communication...

B6 : Moi je dirais on a certains cardiologues qu'on joint quand même assez facilement par mail si y a un problème.

B1 : D'abord si c'est un novice, un patient chez qui on diagnostique une insuffisance cardiaque il faut déjà avoir le cardiologue, délai du rendez vous de cardio a l'hôpital de Voiron c'est juillet.

B2 : C'est six mois ouais.

B1 : Dr X il doit être à trois mois, sinon t'as Dr Y.

B6 : Ah Dr Y c'est quasi immédiat.

B1 : Dr Y immédiat.

B5 : Mais t'as pas de courrier.

B6 : Mais tu n'as pas de courrier donc les patients ils te disent j'ai vu Dr Y ça va mieux, il m'a dit que tout allait bien mais tu sais rien.

B2 : En fait quand y a pas de courrier c'est qu'il va bien.

B3 : Oui c'est ça.

B6 : Oui.

B5 : Moi je traduis ça (rires).

B1 : Si y a un courrier c'est embêtant pour le patient (rires).

B2 : Le courrier c'est écrit sur l'échographie cardiaque... Non mais ça communique plutôt pas mal par contre hein une fois que c'est...

B6 : Oui je trouve qu'on se débrouille quand même relativement bien.

B2 : Une fois qu'on connaît, on a accès facilement à l'information sur la dernière écho pour savoir un peu le.. un petit peu les... le retentissement hémodynamique quoi, de l'insuffisance cardiaque.

B6 : Non puis à l'hôpital on les a quand même assez facilement il y en a toujours un que tu arrives à avoir par mail, t'as pas obligatoirement le cardiologue du patient mais t'as un avis.

B2 : Tu peux envoyer au secrétariat de l'hôpital de Voiron et effectivement ils dispatchent.

B6 : Ah oui ils dispatchent vite, enfin je trouve les réponses dans les vingt quatre heures.

BR4 : C'est vrai qu'en mail j'avais eu des.... C'est vrai qu'ils répondent bien.

B6 : Par mail oui ils sont forts.

B3 : J'ai pas trop essayé moi sur un avis euh...

B6 : Moi j'envoie tout le temps, un électro...

B1 : Pas forcément sur l'insuffisance cardiaque.

B6 : Sur n'importe quoi.

B2 : La la question elle est sur l'insuffisance cardiaque ou de manière générale.

B6 : Sur l'insuffisance cardiaque, mais c'est vrai que c'est pour n'importe quoi.

B2 : Pour un ECG oui c'est plus facile.

BR4 : Ils sont réactifs ouais pour d'autres choses aussi.

B6 : Moi j'ai jamais eu de problèmes... J'ai plus de problèmes avec le RESIC.

I : Ça va venir après.

I : Comment pensez vous que cela pourrait être amélioré ?

B6 : Moi je viens de dire qu'elle était bien donc c'est super compliqué de dire comment je peux l'améliorer...

B1 : Y a peut être le délai des courriers...

B2 : C'est le délai ouais

B6 : De réception des courriers ?

B2 : En cas de modification thérapeutique euh.. que qu'on ait l'info plus rapidement, ça va pas assez vite.

B6 : Moi je dirais plutôt les rendez vous, la difficultés à avoir des rendez vous, parfois c'est des semi urgences.

B2 : C'est plus la communication, on parlait de la communication.

B6 : Ben c'est la communication quand même, t'essaies d'avoir un rendez vous t'y arrives pas, il est pas bien ils disent oui oui on va le prendre et ils le prennent pas.

BR4 : Oui mais t'arrives à joindre le mec quand même, enfin... c'est ça un peu la question.

B6 : Oui mais en attendant t'as rien.

BR4 : Oui je suis d'accord avec toi, oui.

B6 : Parce que nous on appelle rarement les cardios hein, je sais pas vous, on peut faire des stats là dessus.

B2 : Rarement on les appelle rarement.

B3 : Pour les changements de posologie y a un cardiologue à Grenoble que j'ai vu faire changer sur l'ordonnance, enfin marquer sur l'ordonnance, il avait pas eu le temps de faire le courrier mais moi j'avais vu l'ordonnance avec marqué la modification, je majore... au moins ça ça permet une première communication...

B2 : Oui ils font ça aussi.

B3 : Au moins ça permet une meilleure communication.

B2 : Dr Y il fait ça il modifie sur l'ordonnance, (rires).

B3 : Non mais sur la sienne c'était marqué en toutes lettres je majore machin.

B2 : C'est pas mal fait ça.

BR4 : Je sais pas peut être en partageant plus d'outils...Dr Y il utilise pas SISRA , par exemple quoi.

B6 : Non il n'utilise rien, ni papier... il fait des économies, il répond bien au téléphone, franchement...

BR4 : Non mais disons.. par exemple... une idée de comment améliorer ça c'est que tout le monde partage les mêmes outils numériques, ça facilite un peu la vie.

B6 : Ben c'est ce que font pratiquement tous hein.

B3 : Ben notamment ce que nous a montré l'autre jour la dame de l'URCS là, maintenant il y a des sortes de... enfin c'est via le SISRA on peut lancer des messages...des messages ou des

groupes... comme sur WhatsApp des espèces de chat, mais des groupes avec les différents professionnels qui interviennent autour du patient et voilà... donc ça peut être une...

B2 : Tu peux répondre aux courriers même, quand tu reçois le courrier tu peux répondre, en théorie avec SISRA donc euh...

B5 : Déjà SISRA arrive dans des délais cohérents et on l'a avec certains spécialistes, on a le truc le soir ou le lendemain, franchement ça suffit hein.

B2 : Surtout quand y a des gros changements.

B6 : Puis on est pas obligé d'avoir une tartine, deux lignes nous suffisent.

B1 : La question c'était communication ? Comment l'améliorer quoi ? Alors moi ça fait des années que j'en parle et on a toujours pas, c'est les courriers de sortie de l'hôpital. Quand vous avez six pages et que vous avez après le patient en face de vous, vous avez lu le courrier ou pas encore lu, faut le découvrir, faut quelque chose de très synthétique. Et donc ce que je demande et ça je l'ai vu... je sais plus si c'est Belledone ou la mutualiste qui le fait.

B6 : La mut'.

B1 : Ils font un tableau à la fin, entrée... médicaments à l'entrée, médicaments lors de l'hospit, médicaments à la sortie et les motifs d'augmentation de baisse et...

B6 : Au lieu de dire le ionogramme il était comme ça au début et qu'après y a eu ça...

B1 : Quand il sort avec...ils sortent avec une introduction d'IEC pour l'insuffisance cardiaque, à petites doses, deux virgule cinq milligrammes de RAMIPRIL, on sait très bien qu'il faut arriver à monter au maximum toléré par le patient pour que ça soit plus efficace sur l'insuffisance cardiaque, mais si c'est pas clair ben le généraliste il va oublier de le faire.

B2 : Y a des comptes rendus provisoires hein, ils font, ils essaient, c'est mieux que rien hein, ils sortent avec.

B6 : Oui mais pas la peine de faire six pages, c'est une perte de temps et nous on lit pas tout...Moi je lis l'introduction la conclusion et après vite je jette un coup d'œil au milieu quand il y a des choses qui m'intéressent...T'as pas le temps de lire six pages

B5 : Oui mais c'est pas une perte de temps pour eux parce que leur provisoire en fait c'est leur futur... c'est leur futur définitif qu'ils ont pas encore tout à fait terminé, donc ça leur fait pas refaire un autre document ça leur fait...ils commencent le courrier et puis après ils valident pour que tout soit bon ils corrigent éventuellement pour le définitif, mais effectivement ces tableaux de synthèse de traitements ils sont bien faits.

B1 : Tu me dis c'est la mutualiste ?

B5 : A la mut je crois qu'ils le font ouais...il me semble

B1 : J'en ai eu deux fois.

I : D'autres idées ?

B2 : Pour améliorer la communication ? Non.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

B5 : Et là c'est le blanc.

B3 : Moi j'ai pas de patient dans le RESIC.

B2 : Moi je dirais globalement positif, soyons clairs, si, quelqu'un qui est en insuffisance cardiaque qui a une fraction d'éjection à vingt pour cent, et qui a un défibrillateur prophylactique, ça part en sucette tous les, tous les quinze jours, si il est pas sur le réseau RESIC euh, ça veut dire que toutes les semaines il t'appelle et ça devient ingérable et ça fini au PU.

B6 : Ben moi j'ai pas ça.

B2 : Donc le réseau RESIC évite ça évite euh, évite... un passage aux urgences pour un truc qui ne nécessite pas parce que sinon il est re bilanté complètement, donc il passe en direct il est pris en direct au CHU pour le coup, c'est globalement positif, par contre c'est pas parfait dans le sens où des fois il y a des retours rapides, des fois t'apprends le décès par le réseau RESIC deux semaines après, donc euh, donc euh voilà c'est pas... c'est pas tout parfait quoi... Mais globalement positif hein, ça me soulage moi, je vais pas dire que ça me soulage pas...

B6 : Ben moi pas particulièrement quoi... c'est horrible à dire hein, je vois bien qu'ils sont vus relativement régulièrement et encore... et quand y a des complications et ben j'ai pas l'impression qu'il y ai une prise en charge si efficace que ça... ouais je suis plutôt déçue, je dis pas que c'est pas bien hein, je dis que je suis plutôt déçue... c'est peut être tout simplement mes exemples à moi, qui font que ça m'a un peu refroidie.

B2 : Ils sont plutôt stables peut être ? Assez stables ?

B6 : Ben déjà tu sais ils t'amènent le classeur t'es content t'as le classeur mais tu vois pas ce que tu vas en faire, je trouve que c'est très mal adapté pour les consultations du généraliste.

B3 : Il est rempli le classeur, moi je suis allée une fois à domicile il était pas rempli.

B6 : Mais moi ils viennent parce qu'on leur dit de venir avec, l'ennui c'est que... parce que normalement t'es censé marquer ta petite complication, par exemple il a fait une bronchite c'est bien de le mettre. Ben euh, ben y a rien pour le mettre, y a pas grand chose, fin je trouve que c'est pas bien adapté.

BR4 : Est ce qu'ils sont venus vous voir? Moi c'est vrai que je prends un peu le train en marche là dessus...

B5 : Moi j'ai un patient qui est dans le RESIC et il est relativement bien suivi aussi, ce que je trouve un petit peu... c'est pas dommage mais excessif c'est que... une fois tous les trois mois il a sa consultation de diétét' et j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de choses de redites parce qu'il a bien compris il est conscient il est cohérent il a bien compris les infos et finalement... probablement j'en doute pas qu'on aborde à chaque fois un petit quelque chose de plus et tant mieux mais des fois on aurait envie de mettre l'énergie sur d'autres patients qui sont moins cadrés alors qu'eux ils sont vraiment très très bien suivis et... et je me dis bon ben voilà la

consultation de diété j'aurais bien aimé la voir financée pour un autre patient qui pour le coup est moins a cheval sur les choses et caetera. Et effectivement avec la limite le fait que ça soit du CHU aussi... faut dire que nous quand même on travaille énormément avec les voironnais on a des personnes âgées, donc quand il faut aller sur Grenoble pour les... Enfin bref c'est compliqué des fois, 'fin c'est moins confortable je trouve d'organiser sur le CHU enfin pour nos patients, pour nous on s'en fiche, pour eux c'est moins confortable et ben le RESIC ça oblige que ça soit du CHU... mais des fois...

B1 : C'est que CHU RESIC ?

B2 : Enfin moi jamais Voiron...

B5 : Enfin moi mon patient il a été hospitalisé une fois ou deux fois à Voiron mais en dehors du RESIC. Par exemple j'ai appelé un coup il était en décompensation ce monsieur...

B2 : Ils sont mutés après très rapidement au CHU quand ils sont à Voiron.

B5 : Ben non ben pas le mien, il était en début de décompensation il avait déjà fait de fortes décompensations il y a deux trois ans maintenant c'est stable, on le prend tôt et caetera, mais là quand même ça faisait deux trois fois que... je traitais à la maison en quelques semaines quoi... bon je me disais il faut quand même qu'on fasse un bilan hospitalier, j'ai appelé le RESIC ils m'ont dit ben très bien on vous trouve une place à Grenoble. Ah ben oui mais vous comprenez il a quatre vingt ans et sa femme aussi, puis ça serait quand même plus confort à Voiron, ah ben oui mais sur Voiron je peux pas vous trouver de place à Voiron.

BR4 : Parce que le RESIC c'est pas sur Voiron ?

I : Non, c'est uniquement hospitalier CHU.

B5 : Donc après voilà après on s'est débrouillés avec Voiron pour le coup mais on a pas bénéficié du réseau RESIC dans le sens où finalement on l'a fait hospitaliser en cardio à Voiron en dehors du réseau.

I : Pensez vous qu'il y aurait une manière de le rendre plus performant ?

B1 : Ce qui serait bien c'est que dans les maisons de santé comme ça, ça soit nos infirmières qui soient aussi, qui soient euh dans le enfin qu'elles aient une formation RESIC les infirmières.

B2 : Y en a.

B1 : Mais ça serait bien que ça soit les infirmières de maisons de santé avec qui on travaille tous les jours qu'on croise ici tous les jours.

B2 : C'est celles qui font de l'éducation thérapeutique enfin celles qui sont les infirmières RESIC.

B1 : Ça serait encore plus performant... ce qui se passe en cuisine tous les jours.

B2 : Ouais de la proximité pour améliorer, c'était ça ta question ?

I : C'est comment rendre plus performant le réseau.

B2 : Ouais rajouter de la proximité, on serait sur Grenoble on aurait pas ce problème là... exclusivement CHU c'est vrai que... même si Voiron euh, c'est des, chaque jour de la semaine c'est un cardio du CHU qui est détaché chez nous mais, en pratique quand même ils ont leur cardiologue référent quoi, quand c'est Dr X, je veux dire Dr Y il va pas s'en mêler, ça va finir avec Dr X quand même.

B6 : Faut pas oublier qu'il manque tout le temps des places, même quand ils ont besoin d'être hospitalisés c'est la croix et la bannière pour les faire hospitaliser hein, RESIC ou pas.

B5 : Non non je crois que le RESIC ils ont des places exprès.

B2 : Moi il va pas bien il appelle ou j'appelle l'après midi euh, il est en cardio au huitième, ah ouais.

B5 : Y a des lits réservés RESIC.

B6 : La je dis rien parce que... j'ai pas eu ce problème donc je me tais.

B2 : Moi il devrait être mort hein moi donc euh...

BR4 : Je sais pas les outils numériques c'est développé un petit peu par le RESIC ?

B6 : Ben là on a le classeur hein.

BR4 : Je sais pas avoir des échanges faciles à la place du classeur.

B6 : Un beau classeur bien numérisé.

B1 : C'est ça a la place du classeur un beau classeur numérique.

B5 : Oui alors attention on parle de patients insuffisants cardiaques ils ont une moyenne d'âge de quatre vingt ans je pense donc le numérique pour l'instant c'est un peu compliqué.

B2 : Non quarante cinq la moyenne.

B6 : Non non mais pour les professionnels médecins cardio spécialistes médecins.

B3 : Oui mais pour la personne qui intervient à domicile tous les jours il faut qu'elle ait quelque chose de pratique...

B1 : Et qu'on puisse consulter même de notre cabinet qu'on ait un classeur numérique consultable a distance.

B5 : Oui mais ça veut dire qu'on prive le patient de ses informations, parce que le patient quand il voit... enfin moi par exemple mon patient qui est suivi par le RESIC qui est très cortiqué tous les jours il se pèse tous les jours il prend sa tension tous les jours et je veux dire il l'écrit manuellement dans le sens où... il y a pas de numérique quoi.

B6 : C'est vrai que la moyenne d'âge elle est... quand même assez élevée

B5 : Et ça rend visuel quoi.

B2 : Pas le mien, mais il l'a cherché...

B6 : Non mais tu vois que le tiens il est pas normal , tu vois.

B2 : A la fois il a fait l'infarct' à trente sept ans donc.

B6 : Ah ben je vois de qui tu parles alors.

B2 : Ben son papa est décédé et lui il prend le chemin hein.

B5 : Mais dans vingt ans quand tous nos vieux seront... quand ça sera nous en fait on connaîtra déjà le numérique.

B6 : Moi je suis pas sûre d'y arriver.

B2 : Je me mets pas dedans moi.

B1 : Dis plutôt vous (rires).

B6 : Je le verrais tellement avec son petit classeur.

B1 : Je veux le classeur du RESIC à cinquante ans.

B6 : Je crois qu'il est rouge non ?

I : Maintenant concernant les freins liés aux patients. Dans un précédent travail vos confrères évoquaient souvent des difficultés liées au risque de iatrogénie surtout chez les patients très âgés, donc pour eux c'était difficile parfois d'adapter les traitements, qu'en pensez vous ?

B6 : Ben oui on l'a pas plus chez l'insuffisant cardiaque que ailleurs, la iatrogénie a partir du moment où ils sont âgés et qu'ils ont on va dire un certain nombre de médicaments y a de la iatrogénie.

B2 : Ils osaient pas tu veux dire, nos confrères.

I : Oui pour manipuler les traitements soit les initier, soit les modifier dans la posologie.

B6 : Ouais c'est ce que je dis à ce moment là ils sont bloqués sur plein de choses pas besoin d'être insuffisant cardiaque.

B1 : Ça me gêne pas moi.

B2 : Ouais moi non plus.

B3 : Si t'as des choses écrites un peu clairement.

B2 : Non.

B1 : Non, non.

B6 : Puis tu sais ce qu'il faut mettre, pas mettre, éviter de mettre, surveiller, je sais pas, les pathologies associées insuffisance cardiaque insuffisance rénale tout ça ça va ensemble.

B2 : Parce qu'y a décompensation et traitement de fond la décompensation c'est pas très compliqué.

B6 : Non c'est pas ce qui nous gêne le plus, du tout.

B3 : C'est quoi sur l'adaptation du LASILIX par exemple ?

B6 : Sur une bonne insuffisance cardiaque.

I : Oui ou sur les Béta bloquants, les IEC... ils étaient embêtés parce qu'il y avait trop de iatrogénie

B2 : Ah ça les Béta bloquants je les manipule pas, on manipule pas.

B6 : On manipule, si on manipule.

B3 : Moi pas trop.

B6 : Tu n'introduis pas tu manipules.

B1 : Tu les baisses si y a une bradycardie à quarante.

B3 : Les bêta bloquants j'aime pas trop moi.

B2 : Non mais optimiser moi j'entendais sa question dans le sens optimiser le traitement et euh non les bêta bloquants c'est euh il te manque une donnée échographie souvent moi je trouve.

B6 : Mais tu l'as la donnée échographie en général ils sont super surveillés pour le coup tes insuffisants cardiaques.

B2 : Ben à l'issue de la surveillance c'est là ou on décide de baisser le BISOPROLOL ou de majorer le BISOPROLOL donc après nous on va gérer que la tolérance, y a de la iatrogénicité souvent on a une feuille de route quand même hein euh moi au début euh quand c'était Dr X la consigne c'est euh on monte l'IEC le plus haut possible on surveille la créat et tout ça tous les quinze jours et le potassium et puis on a la feuille de route on sait ou on va quoi parce que et y a une lecture un peu lointaine et après c'est beaucoup sur la iatrogénicité on est là pour ça hein... ou la décompensation mais la décompensation c'est bête comme bonsoir entre guillemets.

B6 : Faut juste être là au bon moment.

B1 : Quelque fois on est pas d'accord avec le cardiologue... moi ça m'arrive souvent de pas faire ce qu'il met dans son courrier... récemment il a chez un insuffisant cardiaque il voulait augmenter le traitement parce que la tension était haute a son cabinet.

B6 : Alors que chez toi elle était normale.

B1 : J'ai dit au patient d'abord on fait d'abord une automesure avant de le monter.

B6 : C'est vrai.

B5 : Moi j'ai un patient qui est sur RESIC le même qui a vu son cardiologue récemment pour son suivi et il l'a trouvé en sub décompensation surement échographiquement peut être un peu du coup il a tout augmenté franco je l'ai revu trois jours après il était complètement sec il pouvait plus respirer il était constipé enfin il avait plus d'eau quoi il était tout (rires) il avait plus un poil d'oedème ça c'est vrai mais il en pouvait plus.

B6 : Tu vois il a été efficace.

B5 : Je lui ai dit écoutez on va essayer de faire un entre deux parce que là c'est peut être un peu excessif.

B2 : Les morts guéris quoi c'est ça.

B6 : Les morts sains.

B2 : Les morts sains.

B5 : Il le tolérait pas très bien quand même.

B2 : Ouais non donc t'as géré la iatrogénicité quoi finalement tu vois.

I : Donc la question d'après c'était savoir ce que vous proposiez pour limiter cette iatrogénie ?

B6 : On en a déjà discuté ça on doit en discuter avec les pharmaciens euh on voulait revoir les ordonnances régulièrement pour voir effectivement... Bon on a toujours pas commencé mais en tout cas ça fait partie de nos...

B1 : On fait rentrer les pharmaciens dans nos maisons de santé, dans le groupe maisons de santé.

B3 : Ils sont d'accord déjà.

B1 : Et échanger par rapport à des ordonnances complexes.

B6 : Des ordonnances de plus de trois médicaments je crois qu'on en a hein.

I : Pour vos patients avec de l'insuffisance cardiaque, que pensez vous de leur adhésion et de leur observance ?

B3 : De ce qu'on en sait tu veux dire... (rires).

B6 : De ce qu'on pense ? On sait qu'y en a plein qui n'observent pas, est ce qu'avec le RESIC ils observent plus je sais pas.

B2 : Je pense qu'ils sont plutôt...

B5 : Moi je pense qu'ils sont plutôt observants quand même quand ils se sont pris une décompensation qu'ils l'ont mal vécue.

B1 : Par rapport à d'autres pathologies.

B2 : Sil ils baissent leur dose de base de FUROSEMIDE de toute façon déjà.

B5 : Ils se sentent mal hein.

B6 : Eux ils sont symptomatiques c'est surtout ça c'est ça qui est bien.

B1 : Par rapport au diabète.

B6 : Où tu vois rien t'as les problèmes qu'à la fin.

B2 : Et on le sait pas.

BR4 : Je pense que ça typiquement le diabète l'hypertension c'est des trucs les gens ils se rendent pas compte tu peux avoir dix sept de tension, l'insuffisance cardiaque t'oublies ton LASILIX les gens c'est assez concret quand même ils réalisent assez vite.

B6 : Oui je pense qu'un OAP...

B1 : A propos du LASILIX j'ai quand même un patient qui a des poteaux il les tolère parce qu'il supporte pas quand il va faire son marché ses courses avec le LASILIX c'est pas possible et donc lui il le prend... on en a parlé dix fois.

B6 : Il décale.

B1 : Ah non mais il décale vraiment (rires).

B2 : Il décale moi il décale.

B6 : Oui moi ils décalent ils veulent faire leur courses le matin, ils le prennent le midi le soir ils savent qu'après ils vont pas être bien.

B1 : Non non il a une observance a cause de la diurèse qui est pas... Il a toujours six kilos en trop.

B6 : Es tu sur que c'est de l'eau.

B1 : Oui oui si si.

I : Si vous trouvez que l'adhésion et l'observance sont pas très bonnes qu'est ce que vous pourriez proposer pour l'améliorer ?

B6 : Une infirmière ASALEE

B3 : Nous on en a une, on a la chance d'avoir plusieurs infirmières ASALEE.

B6 : Ça ça serait extraordinaire... elles font déjà.

B2 : Tu rejoins un peu le but du réseau RESIC.

B1 : Mais avec la proximité.

B2 : Mais avec la proximité.

B1 : Donc en fait on refait le protocole RESIC mais maison de santé.

B6 : Et avec cardio sous la main si on en avait besoin, quand même, une petite écho de temps en temps ça peut servir.

BR4 : Et un cardiologue de proximité.

B5 : Les types ils veulent tout sous la main.

B6 : On veut une maison hospitalière de santé.

B2 : Faut qu'ils comprennent à quoi sert ce qu'ils prennent quoi comme d'habitude si tu comprends ce que tu prends ben tu adhères plus au plan de soin.

B1 : Piquer le protocole à RESIC et le mettre chez nous avec nos infirmières ASALEE.

B6 : L'adapter à notre profession.

B1 : Ça vous le mettez pas dans votre thèse hein (rires).

I : Pour les patients institutionnalisés en EHPAD ou vus à domicile, quel est votre ressenti est ce plus compliqué pour la prise en charge ?

B6 : Ben à domicile c'est plus difficile qu'en EHPAD.

BR4 : Moi c'est au niveau iatrogénie où justement j'ai eu plusieurs cas où t'es... tu fais une modif et puis... C'est des gens âgés.

B3 : Plus fragiles tu veux dire.

BR4 : Ouais tu sens que c'est plus difficile de leur faire comprendre et en même temps...

B6 : Parce qu'en EHPAD t'as quand même tous les soignants.

BR4 : Non là à domicile à domicile c'est pas simple quand même quand t'as des gens âgés c'est pas une vraie décompensation mais tu vois... C'est un patient du Dr X... que j'avais revu il avait modifié les doses de LASILIX et la dame tu vois elle était déshydratée donc j'avais modifié les doses mais elle avait pas bien compris du coup j'ai... mais heureusement j'y étais retourné une semaine plus tard et finalement elle avait pas fait de modif quoi... du coup ça avait été plus compliqué.

B6 : Donc en gros à domicile c'est plus difficile.

B2 : Ta question c'est hors décompensation, c'est suivi en général ?

I : Oui.

BR4 : C'était pas vraiment une décompensation il avait monté a cause de je sais plus... des BNP je crois.

B2 : Je pense que c'est plus compliqué ouais c'est plus compliqué a domicile.

B6 : Sauf si il y a une bonne observance avec des infirmières a domicile si elles donnent les médicaments et qu'elles préparent le pilulier.

B2 : Même, même... j'ai un cas de iatrogénicité... c'est ma faute d'ailleurs, une dame de quatre vingt dix ans qu'on avait mis parce qu'elle était insuffisante cardiaque avec une fraction et une tachycardie autour de cent, cent dix, pas toujours très bien tolérée, dyspnéique et tout ça avec une FA et puis bon je dis à Dr X elle a une créat' qui est limite tu penses mettre un petit béta bloquant ou un peu d'HEMIGOXINE, et on met l'HEMIGOXINE, sauf que voilà et puis ouais deux semaines après les infirmières elles savaient pas elles ont pas tilté elle s'est mise a vomir et tout ça et en fait elle fait une intoxication aux digitaliques super.... j'ai failli la tuer alors que voilà, elle a fini aux soins intensifs à Voiron on a tout enlevé tout est rentré dans l'ordre mais la surveillance c'est moins bien que ouais c'est plus compliqué.

I : Avez vous des idées pour améliorer la prise en charge de ces patients insuffisants cardiaques à domicile ?

BR4 : Moi je dirais ouais d'avoir des infirmières quand même parce que là finalement c'est quand même les infirmières qui t'ont prévenu en disant là il se passe un truc quoi, alors que finalement elle aurait été toute seule sans personne... moi c'était le cas elle était toute seule sans personne, pas de famille et tout ça là tu te dis comment dire j'ai pas de j'ai pas de thermomètre si ça foire ça foire vraiment quoi du coup je pense quand même d'avoir déjà quelqu'un qui passe que ça soit quelqu'un d'un réseau une infirmière ou quelqu'un de la famille...

B6 : Et puis instaurer des protocoles je pense qu'il faudrait qu'on ait des protocoles.

BR4 : ouais des protocoles

B6 : En cas de je sais pas tu viens de sortir ton HEMIGOXINE, en cas d'instauration d'HEMIGOXINE surveiller ça ça ça à temps à temps à temps, avec une infirmière a domicile nous on peut pas.

B2 : On revient à quelqu'un qui cadre.

B6 : Oui mais avec un protocole, parce que là ça devient trop compliqué pour une simple surveillance infirmière.

B1 : Ce qui va arriver c'est la personne âgée connectée, donc tu connectes sa balance son tensiomètre qui donnent le pouls et la tension son poids ce qu'elle mange.

B3 : Et tu reçois dans ton cabinet.

B6 : Là tu es submergé de messages.

B1 : A la maison de santé t'as l'infirmière coordinatrice qui a des écrans et qui reçoit tout ça.

B6 : Ah oui mieux parce que j'allais dire là tu reçois tout tu meurs entre les mails les machins.

B1 : Une infirmière qui soit dédiée à ça.

BR4 : Un pote cardio il faisait des trucs comme ça des espèces d'algorithmes... c'est des gestions des big data en fait où ils arrivent à prédire en gros... c'est pas encore effectif... mais des trucs comme ça où ils disent en gros ben Mr Durand là il a pris trois kilos et puis méfiance parce que là toi statistiquement...

B6 : Il faudrait même une sonnerie chez eux biuu biuuu.

B1 : Puis ça déclenche le passage du médecin quoi.

BR4 : Ne mange pas cette chips hyper salée.

B6 : J'ai détecté deux chips (rires).

I : La dernière partie concerne les freins liés aux médecins. Aimerez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, et si oui de quelle manière ?

B6 : Ben on les fait nous même les prises en charge y a plein de formations.

BR4 : Ouais on est pas contre enfin moi je suis pas contre.

B6 : On les fait déjà si je peux me permettre.

B3 : Ah les formations ?

B2 : Ouais mais tu sais manier l'ENTRESTO là ?

B6 : Non bien sur.

B2 : Ah ben voilà.

B6 : Ça s'appelle des formations régulières.

B2 : Ouais mais propres à l'insuffisance cardiaque.

B3 : C'est toujours intéressant.

B2 : Ouais puis l'insuffisance cardiaque c'est pas si simple que ça.

I : Sous quel format ?

B6 : Moi j'aime bien être sur place hein.

B3 : Moi aussi.

B2 : Un petit peu de présentiel, pour qu'y ait une interaction.

B6 : Tu retiens mieux, t'adhères mieux euh, tu échanges.

B2 : Qu'on parte d'un cas clinique et qu'on... C'est pas mal moi je trouve quand même, plutôt comme ça...

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique, pour les médecins généralistes ? Pour les patients ?

B6 : C'est le même principe hein.

B5 : Se former à l'éducation thérapeutique.

B1 : Y a une meilleure efficacité ouais, si le patient comprend bien son... sa pathologie.

B2 : Ben le RESIC nous propose hein, ils nous envoient des mails sauf que c'est mardi à quatorze heures, ah ouais quatorze à seize heures formation des fois tu te dis ça ça doit être intéressant sauf que dans la vraie vie c'est pas possible... à Grenoble oui, à la salle avec vue sur Belledune là où il y a toutes les présentations sur le parvis là sur le bâtiment sur la droite mais ouais c'est juste pas possible après je comprends eux ils font sur leur temps de travail ils sont détachés ils y vont nous c'est compliqué.

B6 : Nous c'est aussi sur notre temps de travail c'est ça le problème.

B2 : Pour partir deux heures on bouffe une demi journée quoi.

B6 : On sait même pas à quelle heure on revient exactement et on va pas revenir travailler de six à sept heures.

B2 : Ils le proposent hein faut pas dire qu'ils proposent pas des mails on en reçoit beaucoup.

I : Que pensez vous que cela apporterait au patient d'avoir un médecin généraliste bien formé à l'éducation thérapeutique ? Ou eux à être formés ?

B3 : Une meilleure compréhension de leur traitement.

B6 : Oui une meilleure compréhension, une meilleure adhérence au traitement.

B2 : C'est comme le diabète plus on comprend plus on est observant pour moi.

B3 : Peut être une adaptation à leur mode de vie.

BR4 : Si le mec t'arrive à lui faire comprendre que quand il fait quarante degrés à l'ombre et qu'il veut aller marcher un petit peu dehors vaut peut être mieux pas qu'il prenne...

B6 : Moi parfois j'essaie de la mettre sur l'ordonnance mais bon est ce qu'ils comprennent tu sais en cas de diarrhées vomissements...

B3 : Est ce qu'ils la lisent.

B2 : Quand appeler.

B6 : Je le mets hein chez certains a qui c'est déjà arrivé je le mets.

B1 : Moi j'ai une patiente qui s'est mise en insuffisance rénale aigue sur une diarrhée elle a fait quatre cinq jours sans m'appeler, avec un RAMIPRIL elle a fini en dialyse transitoirement ah ouais ouais...

B6 : Ça ça nous arrive régulièrement... donc quand on les prévient vous vomissez vous avez la diarrhée c'est pas grave vous arrêtez... l'ennui c'est que je le dis pas à tous les patients faudrait qu'on ait un truc un peu automatique dès que t'as un IEC un diurétique d'avoir ce petit truc qui alerte.

B1 : Faut qu'on fasse un protocole rapidement merci d'être passées.

B6 : Non parce qu'on a déjà cinq cent mille trucs à faire.

B1 : Beaucoup de pathologies a gérer.

B6 : Voir quoi faire pour que ça puisse marcher pour tout le monde quoi c'est ça le problème.

B2 : Surtout pour l'infirmière tu as raison que ça soit un truc un peu carré.

B6 : Un truc un peu automatique mais on le met où dès qu'il a un IEC hop il y a un truc qui va apparaître.

B2 : Non mais au moins sur les choses de base peut être, pour l'été au moins la dose de furo' tu vois parce que c'est nos yeux dans le dos quand même les infirmières.

B6 : Y a plein de choses a dire c'est ça l'insuffisance cardiaque comme le reste.

B1 : C'est pour ça que c'est intéressant.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

B2 : Les éduquer, nous éduquer nous.

## **Entretien individuel n°1**

I : Quel est approximativement dans votre patientèle le pourcentage de patients insuffisants cardiaques ?

E1 : Une cinquantaine de patients, sur mille.

I : Est ce que vous diriez que vous êtes à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?

E1 : Assez à l'aise, la raison est pas tant d'avoir bénéficié d'une formation une fois installé, c'est surtout qu'en tant qu'externe et interne j'avais une appétence particulière pour la cardiologie et donc j'ai eu l'occasion de choisir des stages qui m'ont apporté beaucoup dans la prise en charge des cardiopathies au sens large du terme quelque elles soient qui s'associent à une insuffisance cardiaque ou non donc oui plutôt à l'aise.

I : Si vous pensez à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques y en a t il un ou une qui vous vient spontanément et vous a marqué et/ou posé des difficultés ?

E1 : Quelques uns me viennent à l'esprit, pas de grosses difficultés majeures si ce n'est des difficultés logistiques quand il s'agit de les faire hospitaliser, quand on a besoin de le faire, grosso modo pas trop de difficultés pour joindre le cardiologue référent qui les suit pour partager les traitements qu'on a pu initier en ambulatoire, plus de difficultés dans le fait de trouver une place pour les hospitaliser et être contraint de le faire passer par les urgences.

I : La première partie de notre questionnaire concerne les freins liés au réseau de soins, pouvez vous parler de votre ressenti concernant les cardiologues et leur accès ?

E1 : Quelques freins du côté du CHU, c'est tellement grand et impersonnel qu'on a du mal à avoir les personnes ressources au moment où on a besoin de les avoir on est parfois contraints de passer par mail ce qui est encore le canal qui passe le mieux avec le CHU. Sur le réseau dit de ville libéral dans lequel j'intègre le GHM et la clinique Belledone on a souvent plus de facilités pour les joindre, on a souvent leur numéro de téléphone portable et ils ont les nôtres, on a une certaine transversalité contre une verticalité avec le CHU on a tendance à être plus facilement, avec ces plateaux techniques c'est plus facile pour échanger sans perte de temps. Plutôt satisfait du réseau qu'on a en libéral plutôt que sur le CHU. Même si sur le CHU il y a le RESIC qui nous envoie les calendriers de formations et les ateliers, je ne sais pas ce qui peut pêcher, c'est plus ce sentiment de verticalité et donc d'éloignement avec le CHU qui pose problème.

I : Comment pensez vous que cela pourrait être amélioré ?

E1 : Peut être transposer le modèle qu'on a de ville, avec des rapports de transversalité ou on est pas pris je dirais pour des débiles qu'on apprend à mieux se connaître les uns les autres, on se regarde un peu en chiens de fusil les hospitaliers qui sont, c'est vécu comme ça dans leur tour d'argent et nous tout en bas ce qui peut poser problème dans la relation ce qu'on a pas en libéral de médecin à médecin d'égal à égal en ville. Alors soit des soirées thématiques au travers des FMC comme sur Vizille avec une FMC qui décline des formations avec des thématiques qu'on choisit à l'avance on peut imaginer qu'on impulse des rencontres médecins hospitaliers médecins de ville pour peut être mettre des visages sur des noms et qu'on puisse mieux échanger des coordonnées qui permettraient d'aller plus vite ça reste encore cette

structure cloisonnée, si on pouvait transposer le modèle ville-ville a ville-hôpital c'est peut être la que ça pêche et peut être pas qu'au niveau cardiologique. Donc bon soirées thématiques pour se rencontrer et échanger plus régulièrement pour avoir moins l'impression qu'on est pris de haut.

I : Quel est votre ressenti vis a vis du réseau RESIC ?

E1 : J'ai pas forcément d'expérience dans le vécu puisque j'ai pas de patients qui ont soit été inclus mais pour lesquels il n'y a pas de suivi sur du très long terme, alors effectivement le classeur est bien fait on a le sentiment que les patients sont bien policés, éduqués, structurés, et une fois qu'ils sont en ville alors est ce que c'est l'éloignement géographique de Vizille par rapport a l'hôpital qui fait que, on est un peu laissés a l'abandon c'est un peu impersonnel on a pas de continuité derrière, ça reste impersonnel, on a pas forcément de relance on rempli bien le classeur régulièrement surtout en cas d'événement indésirable, mais ça on le faisait déjà, donc là c'est un peu plus structuré avec le classeur, derrière la visite du cardiologue avec en retour une lettre qui reste assez impersonnelle et ça fini par s'essouffler s'estomper et ça fini par s'éteindre comme une flamme dans l'obscurité j'ai vraiment ce sentiment là j'ai pas l'impression qu'il m'apporte plus que ce que je fais déjà. On fait aussi bien quand on a ce fameux réseau dont je parlais et qui se passe avec les autres médecins libéraux.

I : Pensez vous qu'il y aurait une manière de le rendre plus intéressant et plus performant ?

E1 : Je pense que si on décroisonnait les choses... je pense que le délocaliser géographiquement, qu'on ait une antenne par exemple du sud grenoblois qui regrouperait plusieurs cantons, ça permettrait de sanctuariser la fonction et nous nos patients on serait pas embêtés à trouver l'ambulance, trouver le moment de la prise en charge, que les gens attendent des heures a l'hôpital pour vingt minutes de consultation ... Avec cet éloignement même si c'est que quinze kilomètres ça reste très impersonnel encore une fois. Peut être que imaginons délocaliser la chose avec une antenne qui regrouperait le plateau Matheysin, Vizille, ça peut être pas mal, avec des permanences à des moments précis. Ça permettrait de rajouter de la proximité, délocaliser.

I : La seconde partie concerne les freins liés aux patients. Dans un précédent travail vos confrères évoquaient souvent des difficultés liées au risque de iatrogénie surtout chez les patients très âgés, donc pour eux c'était difficile parfois d'adapter les traitements, qu'en pensez vous ?

E1 : Il y a fondamentalement une problématique qui peut relever de la iatrogénie, je serais plus d'avis de penser plus à un phénomène d'interactions médicamenteuses mais qui sont plus les conséquences de la nécessité de certains traitements et de par l'âge de ces patients polypathologiques qui vont moi me poser plus problème sur des thérapeutiques qui sont nécessaires mais qui vont fondamentalement générer des interactions plus que de la iatrogénie parce que on aura fait le choix d'un traitement qui n'était pas justifié... je sais pas si j'ai été clair.

I : Pas tout à fait.

E1 : Je pense que c'est plus mon patient de quatre vingt dix ans qui va me poser problème sur les mêmes thérapeutiques que le patient de soixante dix ans parce qu'on a alors moins de problématiques d'interactions médicamenteuses sur des thérapeutiques nécessaires et indispensables dans le cas de l'insuffisance cardiaque. C'est comme la gestion des

anticoagulants a soixante dix ans on va pas les gérer de la même façon... En terme de iatrogénie j'ai pas l'impression de vivre au quotidien ce genre de choses.

I : Donc c'est donc plus au niveau des interactions médicamenteuses que de la iatrogénie pure des traitements ?

E1 : C'est ça, on est parfois confrontés plus à qu'est ce qu'on doit pouvoir laisser mais au final une fois qu'on a fait le tour plusieurs fois on se rend compte qu'ils sont tous quelque part nécessaires et indispensables et que nos patients vieillissants deviennent polyopathologiques avec des défaillances polyviscérales et c'est plus un peu le jeu de l'équilibriste auquel on est confrontés.

I : Donc la question d'après c'était savoir ce que vous proposiez pour limiter cette iatrogénie mais c'est un peu ce que vous disiez avec le fait de plutôt jouer à l'équilibriste. Sinon si on reprend le patient de quatre vingt dix ans comme exemple, si vous voulez mettre un traitement ou si vous voulez en enlever un qu'est ce que vous faites, est-ce vous qui prenez la décision ?

E1 : Quand on se retrouve confrontés à des situations de dilemme, j'en réfère toujours dans cette grande transversalité qui me tient à coeur, aux personnes ressources donc au cardiologue quand il s'agit effectivement de thérapeutique cardiovasculaire et on choisit à deux avec un échange par téléphone ou par mail, c'est ce qu'on fait déjà et qui marche plutôt pas mal.

I : Ensuite vis à vis des patients qui ont des traitements vraiment spécifiques de l'insuffisance cardiaque, que pensez vous de leur adhésion et de leur observance ?

E1 : Plutôt bonne. L'adhésion ils sont souvent attachés à ce qu'on peut penser nous, soins de premier recours, d'une part, la façon dont on présente les choses ils adhèrent assez bien et assez facilement, j'ai pas l'impression d'avoir de difficultés de ce côté là, après l'observance elle peut pêcher de par l'âge et les troubles cognitifs qui peuvent être associés, et la présence ou non d'aidant, d'une part mais surtout le fait de mettre en place des soins infirmiers à domicile avec le passage la préparation et l'administration du traitement, il y a suffisamment de gardes fous pour que les informations circulent assez pour qu'on puisse anticiper une problématique, quand c'est le cas il me semble qu'on arrive à réagir que ce soit les infirmiers ou nous les médecins assez rapidement pour adapter les traitements ou faire hospitaliser si il y a lieu. Pour ce qui est de l'adhésion pour ce qui est de la feuille de route les patients l'acceptent volontiers parce que je pense qu'on est suffisamment transparents avec eux et qu'il y a une relation de confiance qui s'est installée, pour eux on est personnes ressources proches géographiquement plus que l'hôpital, ou le service de cardiologie et ils savent qu'on est vraiment en relation étroite avec le cardiologue et que comme on agit forcément dans leur intérêt il y a cette espèce de confiance et d'adhésion. Pour l'observance quand on a quelques doutes souvent ils ont un passage infirmier à domicile tous les jours, donc on sait que les traitements sont bien pris.

I : Et chez les plus jeunes sans troubles cognitifs, l'observance ?

E1 : Bonne question, ça se passe, j'ai l'impression que ça se passe, on va se poser la question chez des patients qui vont faire plusieurs épisodes de décompensation cardiaque, là ou justement cela pourrait être intéressant ça serait la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique qui pourrait peut être passer par la délocalisation du réseau RESIC sur Vizille, ou d'un autre réseau ou association.

I : Pour les patients institutionnalisés en EHPAD ou vus à domicile, quel est votre ressenti vis à vis de tout ce qui est mise en place de traitement, suivi, est-ce plus compliqué ?

E1 : En EHPAD c'est moins compliqué, il y a tout un réseau de personnes ressources sur lequel on s'appuie assez bien et qui est plutôt efficient. Pour ce qui est des visites a domiciles, la plupart de ceux que je suis sont vus essentiellement à domicile en visites systématiques, parfois toutes les semaines, avec un passage infirmier, l'implication de la famille, c'est effectivement un peu plus compliqué entre la gestion cabinet intra muros et l'organisation des visites, ça se fait mais au prix d'un certain épuisement, peut être que des infirmières de type ASALEE ou autre ou peut être des diététiciens qui pourraient imaginons passer à domicile comme nous, avec des réunions conjointes pluri professionnelles au domicile du patient pourrait être une solution de plus pour renforcer le maintien a domicile et la gestion de ces patients a domicile. Un peu comme une mini EHPAD a domicile.

I : Voyez vous d'autres pistes pour améliorer la prise en charge de ces patients insuffisants cardiaques à domicile ?

E1 : Non... à part en effet organiser un réseau au delà du RESIC mais dans le même esprit qui pourrait conjointement faire des visites avec nous, ça pourrait être pas mal et très efficient.

I : La dernière partie concerne les freins liés aux médecins. Aimerez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée, et si oui de quelle manière ?

E1 : Oui, j'apprécierais pouvoir trouver le temps et effectivement me former la dessus sur cette thématique, soit au travers de la FMC en place sur notre canton et faire déplacer nos confrères cardiologues d'une part, ça pourrait aussi être des confrères généralistes experts dans la pathologie et décliner au titre d'expert de soins premiers sur cette pathologie toujours pareil délocalisé sur le canton Vizillois, ça peut-être aussi des soirées thématiques sur l'hôpital mais il y a forcément la contrainte des plannings et des emploi des temps des uns et des autres. J'apprécierais et je placerais beaucoup de confiance en un confrère spécialiste d'organe mais j'apprécierais d'autant plus l'expertise d'un confrère médecin généraliste en soins premiers formé à cette pathologie et nous donnerait un éclairage de ce qu'on a vraiment besoin au quotidien dans les soins premiers pour cette pathologie de l'insuffisance cardiaque a FEVG altérée.

I : Que pensez vous d'une formation a l'éducation thérapeutique pour les médecins généralistes ?

E1 : Elle serait la bienvenue, pour pouvoir effectivement se parfaire sur les entretiens motivationnels, comprendre un petit peu les freins de ce qui fait que peut être les patients ne nous suivent pas sur tout même si on en a le sentiment, et on pourrait imaginer que ça soit utile pour d'autres pathologies chroniques, ça peut donc en effet être un plus.

I : Que pensez vous que cela apporterait au patient d'avoir un médecin généraliste bien formé à l'éducation thérapeutique ?

E1 : De la valeur ajoutée à la prise en charge de notre patient, de l'amélioration et du perfectionnement des indicateurs de santé en terme de peut être nombre d'épisodes d'hospitalisation pour décompensation, une approche diététique plus intéressante pour éliminer ou en tout cas supprimer tous les écueils dont on a pas conscience quand on les voit

et qui peuvent précipiter la pathologie, le faire savoir a nos patients aussi c'est un plus pour eux de savoir que leur médecin se forme, d'augmenter forcément l'adhésion a la feuille de route proposée, ça apporte de la valeur ajoutée au médecin aussi à ça lui permet d'être plus efficient et de le décrocher de son canton où il est resté et où il pense que l'information n'a pas changé alors qu'au contraire elle ne peut qu'évoluer, donc je dirais une opération gagnant gagnant pour le médecin et son patient.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E1 : Dans tous ces patients qu'on peut avoir, il y en a quand même un ou deux qui sortent du lot qui me viennent a l'esprit où il est resté des conduites stéréotypées sur l'approche diététique et sur laquelle nous on a pu s'engouffrer pour s'appuyer dessus et assoir une certaine attitude thérapeutique, ça a certainement un grand bienfait que de les éduquer ces patients comme de nous éduquer nous à les éduquer au travers d'un réseau qui pourrait nous accompagner en local, donc délocaliser peut être sur des antennes périphériques, ... pourquoi pas à Vizille, ça mobiliserait beaucoup plus de médecins a emboiter le pas de la formation et de l'éducation thérapeutique du patient. Plus de chance de les intéresser a cela si c'était délocalisé, en toute subjectivité.

## Entretien individuel n°2

I : Quel est approximativement dans votre patientèle le pourcentage de patients insuffisants cardiaques ?

E2 : Je ne sais pas... je dirais une vingtaine sur mille six cent patients.

I : Est ce que vous diriez que vous êtes à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?

E2 : Moyennement.

I : Si vous pensez à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques y en a t il un ou une qui vous vient spontanément et vous a marqué et/ou posé des difficultés ?

E2 : Comme ça non, non, pourquoi ?

I : Pour voir si il y a des patients qui vous ont fait rencontrer des difficultés.

E2 : Récentes... j'ai actuellement une dame qui est à la limite de la décompensation mais qui a aussi d'autres pathologies, des difficultés pas vraiment mais après les patients qui ont de l'insuffisance cardiaque sévère ils nous marquent c'est une pathologie avec laquelle on est toujours pas très à l'aise, qui nous angoisse un peu mais un patient particulièrement non.

I : Concernant les freins liés au réseau de soins, pouvez vous parler de votre ressenti concernant les cardiologues et leur accès ?

E2 : Avec les cardiologues libéraux la communication elle se fait bien parce que ce sont des gens qu'on connaît bien et avec qui on travaille régulièrement, avec l'hôpital c'est assez variable, on a souvent du mal à avoir des retours et des accès, il y a un frein à l'accès direct pour accéder au médecin directement c'est souvent difficile, après avec l'hôpital on a souvent des retours à domicile pour lesquels on est pas avertis, on a souvent des courriers bien après le patient, donc c'est pas toujours facile de gérer le retour à domicile du patient avec des pathologies un peu lourdes quand même, donc voilà les difficultés qu'on a.

I : Comment pensez vous que cela pourrait être amélioré ?

E2 : Par une meilleure relation hôpital ville, je pense qu'on a réfléchi à la question, on avait essayé d'avoir une infirmière sur notre pôle de santé du plateau qui se serait occupé justement de suivre nos patients hospitalisés pour récupérer les dossiers et caetera et les courriers de sortie, mais ça n'a pas pu se faire pour des raisons financières mais il faut qu'on arrive à améliorer justement la communication avec l'hôpital et surtout les retours qu'on peut avoir quand ils rentrent parce que souvent on sait pas quel traitement ils ont hormis l'ordonnance qu'on a que des fois ils la perdent, c'est assez difficile, alors améliorer comment, il faudrait qu'on ait au moins en sortie d'hospitalisation une petite fiche du traitement en cours des conclusions du bilan hospitalier, ne serait ce que ça, parce que souvent le courrier il arrive bien après, vous devez le savoir, (rires) il faut d'abord qu'il soit rédigé, puis validé, d'abord par l'interne, après par le chef et caetera. Donc ça prend du temps mais nous quand le patient arrive souvent on a rien.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

E2 : Ben le RESIC je pense que c'est un bon réseau qui peut aider les patients, le ressenti, je suis membre du RESIC théoriquement puisque j'ai des patients qui sont dans le RESIC, je pense que c'est une bonne aide notamment pour les patients avec les démarches qu'ils ont pour les sensibiliser, faire de l'éducation thérapeutique ce genre de choses, je pense que c'est une bonne chose qui nécessite d'être peut être plus développée et avec plus de liens avec l'extérieur, parce que c'est vrai qu'on a de temps en temps un petit coup de téléphone pour nous dire que le patient rentre ou le patient sort mais pas grand chose de plus.

I : Pensez vous qu'il y aurait une manière de le rendre plus intéressant et plus performant ?

E2 : Ils pourraient éventuellement faire de la formation pour les médecins je sais pas si c'est fait mais ça ne nous a jamais été proposé, et en tout cas de le présenter de façon... lors d'une réunion par exemple ça serait bien, nous on fait des réunions médecins sur le plateau (*du Vercors*) mais c'est pas quelque chose qu'on nous ai proposé jusqu'à présent, ça peut être une solution pour améliorer les choses, je pense, après non je vois pas grand chose d'autre.

I : Concernant les freins liés aux patients. Dans un précédent travail vos confrères évoquaient souvent des difficultés liées au risque de iatrogénie surtout chez les patients très âgés, donc pour eux c'était difficile parfois d'adapter les traitements, qu'en pensez vous ?

E2 : Je pense qu'il y a aussi des difficultés sur la prise de traitement par les patients, on est pas du tout surs qu'ils prennent leur traitement correctement, souvent on s'aperçoit que les diurétiques ont été arrêtés parce qu'ils en ont marre d'uriner beaucoup, ce genre de choses, donc effectivement on a souvent des soucis, donc souvent ce qu'on met en place c'est un suivi par des infirmières qui font le pilulier et qui s'assurent que le traitement est pris à peu près correctement, en gros c'est ce que j'essaye de faire, enfin pas avec tous les patients mais pour certains avec lesquels j'ai des difficultés. Ça répond a votre question ?

I : En fait cela répond plutôt a la deuxième question, mais vous en tant que prescripteur pour adapter tous ces traitements est ce que ça vous pose un problème ?

E2 : Ça peut me poser un problème quand c'est le cas j'appelle le cardiologue pour avoir son avis, avec les cardiologues de ville c'est très facile, avec les cardiologues hospitaliers c'est plus difficile.

I : Vous avez dit l'adhésion et l'observance des traitements en général par vos patients que ça soit les diurétiques ou autre vous avez l'impression qu'elle est plutôt bonne ?

E2 : Elle est plutôt bonne je pense, et quand ce n'est pas le cas on essaie avec le passage infirmier de faire en sorte qu'elle soit meilleure.

I : Pour les patients institutionnalisés en EHPAD ou vus à domicile, quel est votre ressenti vis a vis de tout ce qui est mise en place de traitement, suivi, est ce plus compliqué ?

E2 : Alors nous on a pas d'EHPAD sur le plateau, on a une MAPA qui est non médicalisée, donc ils ne gèrent pas les traitements, les patients sont donc gérés comme à domicile.

I : Et donc ceux qui sont gérés à domicile trouvez vous cela plus compliqué ?

E2 : On en voit beaucoup à domicile quand c'est de l'insuffisance cardiaque sévère, non ça ne pose pas trop de problèmes d'autant qu'on met en place ce qu'il faut pour qu'ils soient bien entourés entre kiné, infirmière, et caetera.

I : Voyez vous d'autres pistes pour améliorer la prise en charge de ces patients insuffisants cardiaques à domicile ?

E2 : Nous on n'a pas trop de soucis à ce niveau là parce qu'on se connaît tous bien, on connaît bien tous les soignants, on est dans un petit territoire donc on travaille vraiment ensemble, je pense qu'il faut vraiment s'assurer d'une bonne coordination entre les différents intervenants, infirmières, kiné, aides soignantes... qui passent et qui vont souvent nous alerter puisque ce sont elles qui voient les patients tous les jours en disant là il est essoufflé, là il grossit et caetera, c'est vraiment en améliorant la coordination entre les différents soignants qu'on peut améliorer la prise en charge globale à domicile.

I : Enfin concernant les freins liés aux médecins, aimeriez vous être davantage formé à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, et si oui de quelle manière ?

E2 : De toute façon c'est bien d'être toujours plus formé, c'est pas une pathologie sur laquelle on est toujours très à l'aise, c'est pas toujours facile, oui j'aimerais bien être plus formé. Une réunion avec différents médecins c'est quelque chose qui peut aider à la formation, et puis l'auto formation que ça soit avec des dossiers type Prescrire ou autre c'est quand même pratique pour nous parce qu'on a du mal à libérer du temps pour la formation, après il y a des formations sur internet qui sont pas mal aussi, il y a plein de formations possibles, mais il faut trouver des formations qui nous permettent de pas y passer trop de temps puisque notre temps est quand même un peu compté...

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique pour les médecins généralistes ?

E2 : Je pense que c'est bien mais qu'il faut vraiment prendre beaucoup de temps et consacrer beaucoup de temps à ça, je me demande si ça ne serait pas plus des autres soignants type infirmier type ASALEE qui sont plus à même de prendre le temps nécessaire pour bien former les patients, nous on va plutôt dans ce sens là, on travaille avec des infirmières ASALEE au cabinet, donc pour les patients qui ont de l'insuffisance cardiaque et une comorbidité type diabète, surcharge pondérale, on essaye de les faire prendre en charge par les infirmières ASALEE pour avoir justement de l'éducation thérapeutique, de l'incitation à l'activité physique, ce genre de choses. Le médecin c'est bien mais peut être qu'il y a des soignants qui seront plus efficaces que nous, nous on va leur rappeler les bons conseils mais pour pouvoir faire de la bonne éducation thérapeutique il faut que le médecin soit super motivé et qu'il dégage du temps pour ça, et actuellement je trouve que les médecins ils manquent un peu de temps.

I : Que pensez vous que cela apporterait au patient d'avoir un médecin généraliste bien formé à l'éducation thérapeutique ?

E2 : Oui ça c'est indéniable.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E2 : L'utilisation des infirmières ASALEE, je trouve que c'est quelque chose d'important de travailler en coordination avec les infirmières c'est quelque chose qui va se développer aussi par manque de temps puisque les médecins sont surchargés et à mon avis ça va être de pire en pire, donc il faut arriver à plus développer la coordination, le travail partagé avec les autres intervenants, et la coordination, enfin la communication avec l'hôpital, et il y a encore du boulot.

## **Entretien individuel n°3**

I : Quel est votre contingent approximatif de patients insuffisants cardiaques ? Sentez vous à l'aise avec la prise en charge de cette pathologie ?

E3 : Je ne saurais pas dire mais j'en ai diagnostiqué de plus de plus depuis que j'ai fait mes formations sur l'insuffisance cardiaque. Mais en fait je ne pourrais pas te dire, j'ai une patientèle de mille patients donc je pense que je dois avoir ... j'ai pas une grosse patientèle de personnes âgées, franchement en nombre je vais pas pouvoir vous le dire mais .... en insuffisants cardiaques...

I : Un pourcentage approximatif ?

E3 : Non, j'en ai pas énormément, je dois en avoir, je sais si c'est des insuffisants cardiaques qui ont déjà fait une décompensation cardiaque ou des gens qui sont susceptibles de faire des décompensations cardiaques je sais pas ce que vous attendez...

I : Les deux : ceux qui sont susceptibles et ceux qui ont déjà fait ?

E3 : Je sais pas, je dois avoir facilement une cinquantaine, mais j'ai une proportion plutôt d'enfant et de femmes, donc voilà. Je pense que dans la cinquantaine, je dis cinquante parce que même ceux qui n'ont pas d'insuffisance, enfin ceux qui n'ont pas fait de décompensation cardiaque, et qui pourraient faire une décompensation cardiaque (les FA, les post IDM...).

I : Plutôt ceux qui sont considérés comme insuffisants cardiaques ?

E3 : Alors j'en ai pas beaucoup.

I : A peu près dix, vingt ?

E3 : Moins.

I : Entre zéro et dix ?

E3 : Oui, voilà entre zéro et dix.

I : Est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

E3 : Euh, à l'aise... ça me dérange pas.

I : D'accord.

E3 : Je ne sais pas si il y a une pathologie avec laquelle je me sens à l'aise.

I : Si vous pensez à vos patients qui sont insuffisants cardiaques, est ce qu'il y a eu un patient ou un événement concernant ce patient qui vous a spontanément marqué ou posé des difficultés ?

E3 : Non, objectivement non.

I : D'accord.

I : Donc concernant les freins liés au réseau de soins, quel est votre ressenti concernant la communication avec les cardiologues qu'ils soient hospitaliers et libéraux et vous même ?

E3 : Ben j'en ai pas beaucoup de difficultés de lien.

I : Au niveau de l'accès téléphonique, des courriers, des conduites à tenir ?

E3 : Pour moi tout roule, moi je suis biaisée quand même j'ai fait les formations insuffisance cardiaque et j'ai les numéros de portable des cardiologues de ville. Déjà on est en lien rapidement avec eux via notre secrétaire et on a les portables des cardiologues du CHU.

I : Donc plus avec le CHU ou ... ?

E3 : Les deux, moi je fais libéral et CHU.

I : Donc pour vous il n'y a rien à améliorer ?

E3 : Si j'ai besoin d'un bilan, en urgence ... d'un insuffisant cardiaque j'appelle les cardiologues du CHU et ils sont hospitalisés en hôpital de jour donc moi j'ai en tête un patient qui : suspicion de décompensation cardiaque chez un gros, gros patient coronarien (pontage, prothèse...), très compliqué, on lui a découvert une anémie sévère, le lendemain il était bilanté en hôpital de jour et il était transfusé la veille d'un week-end quand même, pour pas passer en décompensation cardiaque. Donc objectivement, parce que j'ai pris mon téléphone, j'ai appelé le cardiologue, j'ai eu la cardiologue au téléphone qui m'a dit que je le transfère demain, on l'hospitalise sans urgence en hôpital de jour donc c'est complètement faisable, ça m'est arrivé pour trois patients quand même où j'ai eu, pris mon téléphone j'ai eu les cardiologues et on l'a fait donc c'est pour ça que moi je dis que j'ai pas beaucoup de patients donc j'ai pas eu de mauvais retour sur tout ce que j'ai pu faire.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du RESIC ?

E3 : Comme je l'ai expliqué, c'est difficile d'avoir un avis négatif puisque je considère que ça fonctionne même si j'ai pas de patients dans le RESIC dans le sens où j'ai peu d'insuffisants cardiaques, je suis administrateur au RESIC depuis cette année donc c'est un peu difficile de dire que ça fonctionne pas ... Je pense que le lien avec les médecins se fait bien parce que pareil via les formations on a eu les numéros de téléphone et pareil parce que je suis biaisée je connais très bien le Docteur X. Mais avant même de la connaître, j'avais pas d'inquiétude, c'est pas parce qu'on a un lien professionnel et amical que je ... c'est quelqu'un qui ... que ce soit le Docteur Y ou le Docteur X elles nous donnent des réponses quand on en a besoin.

I : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

E3 : Ben c'est que les médecins généralistes prennent leur téléphone. Ben parce que on est vraiment avec des gens ouverts, donc ça veut tout simplement dire que si on prend pas son téléphone pour poser la question on n'aura pas de réponse, on n'aura pas de prise en charge de notre patient et le Docteur X et le Docteur Y elles donnent le numéro du RESIC et il y a toujours quelqu'un susceptible de nous répondre donc c'est, voilà, c'est... je pense, il y a un gros problème réseau ville, les gens, les médecins généralistes, quand on dit réseau ils aiment pas. Après moi j'ai mes insuffisants cardiaques je me pose encore la question de savoir

comment les mettre dans le RESIC et pour moi je considère que c'est pas à moi ils sont pris en charge par un cardiologue et c'est plutôt au cardiologue de les mettre dans le RESIC. Le lien avec le CHU on l'a depuis qu'ils nous ont donné des numéros spécifiques à appeler, voilà. C'est comme quand on a besoin d'avoir un avis en infectieux, on a un numéro spécifique, alors soit on arrive à les avoir dans la journée, en général on arrive à les avoir dans la journée, oui faut pas essayer de les avoir tout de suite à l'instant t mais c'est comme nous de temps en temps on regarde pas notre portable on est pas en train ... faut pas hésiter de réessayer. Je trouve qu'avec les portables et les mails on a des réponses.

I : Concernant les freins liés aux patients. Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E3 : Bah oui , y a la iatrogénie et puis la non observance, les freins c'est que quand on va pisser vingt fois dans la journée, ben au bout d'un moment ils ont plus envie de prendre leur diurétique. Les effets indésirables des médicaments c'est pas forcément que la iatrogénicité, c'est que la non observance est au fait que oui, il y a des effets indésirables que les patients sont pas à mêmes... ont du mal à supporter ce qui se comprend. Après vis à vis des problèmes iatrogènes je comprend pas bien la question c'est à dire que c'est les effets indésirables ...

I : Est ce que vous ça vous pose problèmes des fois d'adapter les traitements des patients insuffisants cardiaques (posologie...) ?

E3 : Non, parce que je manie pas grand-chose dans l'insuffisance cardiaque, on utilise surtout les diurétiques donc après je pense qu'il faut plus... c'est pas trop les médicaments qui me posent problème parce que il y a très peu de médicaments à bouger, c'est sûre que moi je vais pas rajouter de l'ENTRESTO ou ce genre de chose mais voilà c'est les cardiologues qui vont faire les nouvelles molécules et autre mais ce qui est d'augmenter les diurétiques si il y a besoin ça me pose pas de problème, je pense que c'est plutôt de poser le bon diagnostic et de rechercher les décompensations cardiaques qui est importante chez nous pour pouvoir derrière adresser correctement nos patients et depuis que j'ai fait la formation insuffisance cardiaque ça m'a complètement ouvert sur comment, poser les bonnes questions pour voir si nos patients sont en décompensation cardiaque ou pas, sous jacente.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E3 : Ben voilà c'est compliqué, chez les patients insuffisants cardiaques c'est très compliqué.

I : Comment envisageriez vous de l'améliorer ?

E3 : Ben qu'il n'y ait pas d'effets secondaires des médicaments. Non mais c'est là où je pense que le réseau devrait avoir sa place. Je pense que pour expliquer, prendre le temps, faire de l'éducation thérapeutique il faut passer par les réseaux en tout cas quand on a cette possibilité là, donc c'est important. Tout ce temps nous on l'a pas donc il faut qu'on trouve des systèmes que ce soit avec les réseaux ou à terme plus tard avec nos infirmières ASALEE qu'on a dans nos cabinets, former nos infirmières à ça, c'est ce qu'on est en train d'imaginer nous sur Grenoble de pouvoir former nos infirmières ASALEE en insuffisance cardiaque via le RESIC, pour pouvoir justement et dépister et accompagner nos patients parce que nous on a pas le temps de le faire voilà tout simplement et c'est là que je pense que les réseaux ont leurs places complètement. On n'a pas le temps de l'éducation thérapeutique on est pas formé à ça. Or les maladies chroniques comme ça, si on veut qu'il y ait une bonne observation des médicaments

il faut accompagner nos patients. Et on peut pas forcer les gens à prendre des médicaments si on leur explique pas et si on ne les accompagne pas.

I : Quel est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E3 : Ça complique parce que on n'a pas les poids forcément des gens, on peut difficilement les examiner, voilà c'est plus compliqué je trouve à la mise en œuvre du domicile.

Après qu'est ce qu'on pourrait faire ... Grande question. Peut être que justement ces fameuses infirmières de pratique avancée pourront nous aider à terme à mieux prendre en charge ces patients là, parce que elles feront probablement des choses et nous en tant que médecin on arrivera, on aura un maximum d'informations pour pouvoir mieux prendre en charge, parce que de toute façon la grande complexité du médecin généraliste c'est la visite à domicile, c'est chronophage et c'est mal rémunéré donc voilà les gens ils veulent pas en faire, encore moins d'insuffisants cardiaques, il faudrait le peser, qu'il soit complètement déshabillé donc je veux dire trois quart d'heure, une heure à domicile. Les patients qui ont un passage infirmier sont probablement moins en décompensation cardiaque quelque part parce qu'ils sont suivis et surveillés par les infirmières qui d'ailleurs nous interpellent plus facilement... mais voilà. Moi j'ai une patiente qui est au cinquième étage sans ascenseur qui est en décompensation cardiaque ben voilà elle est pesée tous les jours mais parce qu'il y a des infirmiers qui sont là tous les jours, elle est pesée tous les jours donc ce qui permet d'adapter, ce qui permet de voir comment ce qui fait que j'ai pas trop besoin d'aller la voir et elle est plus en décompensation cardiaque parce qu'elle est ultra surveillée. Et en effet l'utilisation des médicaments est bien donnée, tout est calé mais voilà c'est des soins beaucoup plus surveillés et plus lourds.

I : Concernant les freins liés aux médecins. Voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ? Si oui, comment ?

E3 : Non j'ai fait la formation de l'insuffisance cardiaque de deux jours organisée par les médecins généralistes, par MG Form et en FAF aussi, en formation aussi MG Form mais FAF donc c'est un autre format et ben on a été formés par le Dr X.

I : Pensez-vous qu'il y ait un avantage à avoir d'autres formations ? Plus régulièrement ?

E3 : Ben le problème c'est que le RESIC ils proposent des formations donc après que les médecins veuillent pas y aller c'est une chose mais on ne peut pas dire qu'on est pas .. qu'ils nous proposent pas une formation, ils nous proposent des formations très régulièrement les jeudis après midi au sein du RESIC. Donc ce qu'elle nous transmet au sein du RESIC c'est ce qu'elle nous a fait nous sur deux jours de formations différents qui sont dans les formations OGDPC pour les médecins généralistes. Mais voilà après tout dépend si ceux qui veulent aller se former ou pas. Je pense que le problème c'est que les médecins généralistes tant qu'il y aura une « guéguerre » hôpital-ville ils verront d'un meilleur œil d'être formés, même si c'est pas les mêmes personnes, par un organisme de formation de généralistes qu'au CHU parce qu'ils vont penser que c'est hospitalo-centré. Alors que les intervenants sont les mêmes, les thèmes sont les mêmes mais abordés de façon différente.

I : Que pensez-vous d'une formation à l'éducation thérapeutique ?

E3 : Je crois que j'ai répondu.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E3 : On peut pas travailler sans éducation thérapeutique de nos jours dans les pathologies chroniques ça va de pair. C'est pour ça que moi je suis pro ASALEE et former nos infirmières ASALEE parce que même si elles effleurent l'éducation thérapeutique elles ont pas la base des quarante heures et autre, ça nécessite de toute façon la coordination, d'éducation. Moi, tout doit être recentré autour du patient et comprendre comment il vit sa maladie et ça c'est la base de l'éducation thérapeutique parce que nous on a beau assener qu'il faut prendre ça faire ci faire ça tant qu'ils sont pas acteurs de leur propre maladie, ben on pourra jamais faire en sorte qu'un patient soit correctement équilibré et adapté. Et ça c'est la médecine de demain l'éducation thérapeutique dans les pathologies chroniques évidemment.

I : Avez-vous d'autres éléments à apporter ?

E3 : Ben j'espère que votre thèse montrera qu'il y a possibilité de faire des choses aussi.

## Entretien individuel n°4

I : Quel est votre contingent approximatif de patients insuffisants cardiaques ?

E4 : Euh .... je dirais, je sais pas une cinquantaine, c'est pas facile à dire. Une cinquantaine.

I : Sur une patientèle de combien ?

E4 : Une patientèle de mille trois cent je crois, c'est vraiment approximatif.

I : Est ce que vous avez un exemple d'insuffisant cardiaque qui vous a posé problème, qui vous a marqué ou qui vous vient spontanément là ?

E4 : Ben ouais notamment un patient qui fait régulièrement des décompensations effectivement, ouais je peux en penser à un après y en a plusieurs bien sûr.

I : La première partie concerne les freins liés au réseau de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues (hospitaliers, libéraux) et vous même médecin généraliste? Au niveau de l'accès téléphonique, courriers, conduites à tenir, adaptations des traitements.

E4 : Ben ça se passe plutôt j'ai envie de dire quand même que ce soit donc à l'hôpital on a vite les compte rendus quand même derrière. Moi je travaille pas mal avec un médecin sur Voiron qui m'appelle même directement et souvent c'est moi qui l'appelle même et en fait j'ai des rendez vous très rapidement même si c'est le jour même en fait, en général il arrive à caser mes patients et puis si y'a des soucis en fait il me fait le courrier, lui il dit de venir tout de suite au patient de revenir me voir derrière parce qu'il fait pas les ordonnances, donc en fait ça va vite quoi enfin mais ce qui est bien c'est que j'ai un avis rapide et puis des fois le patient il revient le jour même quoi, en fin d'après midi pour refaire le point avec les résultats et puis refaire un peu les ordonnances si besoin, pour changer le traitement quand c'est pas moi qui le fais bien sûr. Sinon à l'hôpital ben écoute euh non ben c'est les courriers de sortie quand il y a des épisodes de décompensation. Je les ai peu au téléphone quand même euh ceux de l'hôpital, c'est pas souvent qu'ils appellent euh non ben sinon la communication ça va c'est par courrier interposé quoi souvent quoi.

I : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

E4 : Ben moi ce que j'aimerais bien déjà c'est que tout le monde fasse... tu sais avec le .. quand on reçoit...

I : SISRA ?

E4 : Ouais voilà sur SISRA, ouais parce que des fois c'est pas toujours le cas quoi que normalement le Dr X avec qui je travaille aussi lui il fait sur SISRA. L'idéal c'est que ça serait tout sur SISRA, moi personnellement ça m'arrangerait bien quoi voilà des fois c'est pas le cas donc là c'est qu'on doit attendre avec l'envoi postal tout ça, des fois bon le courrier que tu ouvres du lendemain ou deux jours après ça arrive donc c'est un peu loin donc ouais ça se serait pas mal que ça soit .. que en fait moi j'aimerais bien que tout soit fait par SISRA ça serait plus simple en plus on a tout direct sur l'ordi, pas besoin de tout organiser et tout tu tapes le nom de ton patient c'est super bien foutu donc ça ça pourrait être quand même pas

mal. Après .. après je pense que si ils ont besoin d'appeler il le font donc tu vois ou si on doit les avoir par téléphone, on passe un petit coup de téléphone ou moi même je le fais aussi. Comment améliorer ? Non ben écoute non : téléphone et aller sur SISRA plus régulièrement je pense que ça ça serait pas mal ouais. Et ouais aussi des fois que les spécialistes en général puissent donner aussi les courriers au patient, moi j'aime bien ça des fois, comme ça les patients viennent direct avec c'est plus tranquille aussi, tu sais avoir les courriers.

I : Que les cardiologues donnent le courrier directement ?

E4 : Ouais ça serait pas mal des fois.

I : Direct dès la fin de l'hospitalisation ou de la fin de consultation ?

E4 : Ouais si c'est possible ou alors leur dire vous passez demain pour récupérer le courrier quoi ça serait pas mal aussi. Ça évite un peu de voilà, comme on a une grosse activité des fois j'avoue que la gestion de dossier c'est toujours un peu compliqué. Non mais ça serait plus simple voilà.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

E4 : Le réseau RESIC euh, pas grand chose euh. En fait c'est tout, c'est pareil en fait c'est les trucs qu'on a, hop, RESIC c'est les trucs sur SISRA qu'on a ça c'est pareil.

I : RESIC c'est le réseau des insuffisants cardiaques. Des fois les patients sont dedans...

E4 : Y'a pas de ... J'ai pas beaucoup d'opinion là dessus.

I : D'accord. Quelles seraient tes attentes du coup vis à vis de celui ci ?

E4 : Le réseau RESIC, là franchement je vais pas beaucoup t'aider.

I : Ouais, tu as pas de patients dedans ?

E4 : Si c'est quand même possible, je sais que mais franchement j'ai jamais eu trop l'occasion de.. comment dire travailler dans le cadre du réseau quoi après je sais pas trop comment ...

I : Personne n'est jamais venu vous voir pour faire ?

E4 : Ben non , pas spécialement non, le réseau RESIC je t'avoue je suis pas trop dedans quoi.

I : D'accord.

E4 : Ouais.

I : Comment tu pourrais le rendre plus performant même si tu sais pas ce que c'est ?

E4 : Ben écoute... peut être je sais pas mettre tout le monde dedans j'en sais rien, ils proposent aux patients c'est ça? En fait de faire partie du réseau juste c'est ça ?

I : Ouais.

E4 : C'est eux qui posent aussi les... tout ce qui est enregistreur là tu sais les monitoring et tout qui sont envoyés directement c'est ça , c'est pas encore pareil c'est pas la même ?

I : Non ça c'est encore différent, la télé...

E4 : Ouais tu sais la télé...

I : Ouais non ça c'est...

E4 : Ouais c'est pas encore pareil ouais.

I : Non mais c'est intéressant, ça veut dire que ils donnent pas assez d'informations.

E4 : Ben non mais je connais, j'en ai entendu parler du réseau RESIC ouais j'ai du avoir quelques petits courriers et tout mais j'ai jamais vraiment été très sollicité pour faire rentrer tous mes patients dedans quoi, donc ouais j'en ai entendu parler quoi je vais te dire mais franchement c'est pas mais je vais pas te dire que je travaille toujours via le réseau quoi voilà donc peut être plus de communication dans ce cas là à la limite on va dire.

I : Pour ce qui est des freins liés aux patients. Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E4 : Ben ouais des fois c'est vrai qu'on hésite un petit au niveau instauration de traitement c'est clair quoi, bon je sais que je sais pas selon les classes thérapeutiques aussi moi je vais forcément, notamment je pense aux bêta-bloquants chose comme ça je vais plutôt demander un avis cardio en général après quand je vois qu'il y a des petites insuffisances cardiaques, un peu de diurétiques à majorer des choses comme ça on peut faire, ça je le fais assez facilement, ça dépend, équilibre du traitement anti hypertenseur ça va aussi c'est surtout pour les bêta-bloquants je dirais, les anti-arythmiques ou effectivement j'aime bien avoir un avis. La question c'était , quel est le frein ?

I : Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E4 : Ben après je fais les surveillances si besoin tu vois, après notamment au niveau biologique aussi, les consignes au patient de repasser si ça va pas et puis après quand vraiment je le sens pas moi personnellement je demande l'avis spécialisé de toute façon quand même tu vois.

I : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

E4 : Ben peut être des petits fascicules explicatifs pour les patients sur leur surveillance ça peut être pas mal parce que des fois c'est vrai que effectivement toi tu as tout dit enfin tu as pensé tout dire puis ils y pensent pas forcément. Peut être effectivement des petits fascicules avec les signes, les symptômes qui doivent alarmer les patients ça je pense que ça pourrait être intéressant, pas forcément pour chaque molécule mais iatrogénie quoi sinon mais niveau iatrogénie. Puis avoir des cardio dispo en cas de problème quoi ça c'est sûr parce que des fois, par contre c'est les délais qui sont un peu embêtants, y'a certains... mais moi je te le dis j'ai la chance d'avoir un médecin avec qui dès que j'ai vraiment un problème, il prend rapidement

les patients donc ça ça va mais ça va pas durer ad vitam aeternam puisqu'il devrait bientôt partir à la retraite et là je pense que j'aurai beaucoup de soucis ouais effectivement pour gérer quoi. Parce que y'a des cardios c'est 3-4 mois d'attente ouais tu vois en externe et j'essaie d'envoyer un minimum à l'hôpital quand même pour pas saturer. Moi pour l'instant j'ai de la chance, je m'en sors bien je te dis par rapport à tout ça mais après ça va être plus compliqué je pense d'ici quatre cinq ans je crois qu'on va avoir un petit soucis. Je sais pas comment je vais m'organiser plus tard. Alors après pour limiter la iatrogénie et les limites qu'on a par rapport au changement de traitement c'est ça tu dis. Ben déjà nous on peut remettre, moi souvent quand je fais un changement sur le plan cardio je mets un rendez vous souvent assez rapide quoi, de contrôle déjà. Ça dépend soit une semaine des fois, des fois je leur redemande de repasser soit si problème soit systématiquement une semaine voire un mois après suivant les changements que j'ai fait. Déjà moi je les mets en rendez vous pour être sur parce que des fois tu te dis parfois ils ont du mal à surveiller tout ça donc au moins que je sache. Ouais après je te dis je penserai à des petites fascicules pour les patients éventuellement.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E4 : Ben écoute moi je pense qu'ils font gaffe quand même et qu'ils sont assez observants quand même notamment surtout que ça a trait au coeur quoi donc quand tu... Bon alors moi je c'est vrai que j'insiste lourdement sur la nécessité de le faire, des fois même leur faire un petit peu peur, quoi tu sais voilà. Après j'ai pas toujours le moyen de surveiller quoi mais bon en général c'est quand même plutôt bien géré. Il y a les infirmières qui gèrent au cas où si je sens que ça va pas, après en général tu as de la famille quand même qui aide derrière. Moi l'observance je trouve que ça va quoi, enfin je pense ne pas avoir trop de problème par rapport à ça. Des fois y a quand même des patients qui changent d'eux même ouais je fais trop pipi j'en ai marre, j'ai arrêté ce traitement là ou quoi alors là tu fais des bonds des fois quoi quand ils ont dit ouais j'ai arrêté ça parce que je me sentais pas bien avec et puis ils reviennent au bout de deux mois et demi après l'avoir arrêté tu fais bon... Ça arrive quand même, on a quelques cas comme ça où les gens ils arrêtent systématiquement, enfin ils arrêtent d'eux même le traitement en se disant bon ... Mais souvent ils font gaffe quand même quoi, parce que comme c'est à visée cardiaque ils ont un peu peur quand même mais y'en a certains qui nous font des petits couacs comme ça et qui deviennent pas bien à cause d'un arrêt de traitement et qui ont pas juger nécessaire de venir consulter pour le signaler quoi.

I : D'accord.

E4 : Ils se sentent pas trop mal alors bon.

I : Comment envisageriez vous d'améliorer cela? Justement pour ces patients là ?

E4 : Euh... ben écoute... comment on peut faire ça dépend si, surtout chez les patients âgés tu penses ou ?

I : Pas forcément, tous ceux qui sont pas observants et qu'adhèrent pas au traitement.

E4 : Ben le truc simple c'est les infirmiers qui peuvent venir checker à domicile, ça c'est sûr. Euh ou bien insister sur le fait que si effectivement il y a un traitement qui va pas, qu'ils ont des problèmes, qu'ils trouvent qu'ils tolèrent pas bien, enfin de reconsulter dès qu'il y a un problème je pense aussi que ça ça peut être intéressant. Euh le réseau aussi RESIC qui doit être très intéressant pour ça. Je sais pas si ils font, ouais ils ont des infirmières et tout non qui passent ou, font des surveillances ouais. Donc cela pourrait être intéressant.

I : Donc plutôt inclure les patients non observants dans le réseau.

E4 : Ouais, ben non observants après de toute façon faut voir quoi si ils sont toujours non observants ouais, je sais pas. On peut pas trop les forcer après derrière, c'est pas, après tu as des gens pour qui tu fais ce que tu peux. Après c'est un peu compliqué. Après les patients y a des réseaux ils adhèreraient pas, bah déjà si ils font pas attention à ça, déjà aussi que les patients ça. Peut être pour revenir à la question d'avant qui connaissent l'intérêt du traitement après exactement à quoi ça sert. Parce que il y en a certain ils ont une liste de traitements et tu leur dis alors voilà pour savez pourquoi vous prenez ce médicament là ? Ouais c'est pour le coeur, en fait c'est tous pour le coeur quoi tu vois, ils savent pas vraiment. Je pense que ça serait intéressant qu'effectivement ils s'impliquent un petit peu là dedans mais bon c'est loin d'être le cas tout le temps en fait quoi. C'est pas toujours facile aussi de savoir, quel médicament quelle molécule ce qu'elle fait exactement enfin. Ca serait bien qu'ils s'impliquent un peu là dedans ça pourrait aussi nous aider nous. Après certains patients âgés c'est compliqué pour eux quoi déjà si ils arrivent à bien faire leur pilulier et puis à bien prendre ce qu'il faut on est content quoi. Voilà, on en était à comment améliorer c'est ça ?

I : Ouais, ben tu as répondu à la question à part si tu as d'autres idées ?

E4 : Non mais non.

I : Quelle est ton ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E4 : Mon ressenti... Ben quand c'est pas trop complexe ça se passe bien en général quand même quoi. Moi je te dis après nous on fait des changements de posologies quand même voilà. C'est surtout anti hypertenseurs, les diurétiques ça ça aide.

I : Mais relativement est ce que tu trouves cela plus dur d'aller à domicile que de faire ça au cabinet ?

E4 : Ben oui forcément parce que c'est plus chronophage donc on voilà après si... Après si ils font une vraie décompensation cardiaque de toute façon soit les gens sont vraiment affolés, il y a de la famille qui vient ils font le 15 donc ils sont hospitalisés soit effectivement ils disent ça va pas, il a vraiment du mal à respirer donc on doit les voir quoi. C'es toujours plus simple au cabinet si ils peuvent se déplacer de toute façon ça c'est sûr . On est pas des, moi personnellement j'en suis pas en fait j'en ai pas du tout.

I : D'accord.

E4 : Donc je peux pas te répondre sur l'EHPAD. A domicile, ben non ça pose pas franchement de soucis enfin après en général quand tu sais que le patient il est insuffisant cardiaque on dit souvent le premier signe c'est ouais il a du mal à respirer ouais voilà tu vas le voir tout de suite enfin je veux dire donc on arrive toujours à trouver un créneau d'urgence pour aller en domicile en général. Donc non ça pose pas trop de soucis. Mon ressenti c'est que ça va ça se passe bien et que voilà quoi. Si il faut on l'hospitalise si on se dit voilà des fois on essaie de temporiser un petit peu en faisant des modifications thérapeutiques quoi en gros. Bien surveiller et puis souvent pareil comme je te disais si je fais un changement je les revois en général même à domicile, je repasse les voir une semaine après quoi si ça va pas. Enfin au moins pour checker dans les cas pour contrôler quoi.

I : Comment envisageriez vous d' améliorer cela ?

E4 : Comment je pourrais améliorer ça ? Ben écoute moi j'ai déjà je te dis réserver un peu des créneaux pour ça donc je me suis ouais je me suis organisé pour ça. Euh ben déjà peut être aussi insister sur après la famille qui puisse déjà venir vérifier à domicile aussi de temps en temps. Enfin c'est important de savoir de l'entourage quoi du patient donc ça c'est déjà, moi je pense que c'est déjà essentiel quand tu sais qu'il y a des... la fille qui passe tous les jours machin enfin c'est toujours bien rassurant donc s'encadrer quand même des aidants familiaux. Ça je pense que c'est important. Après ... appeler dès qu'il y a un problème ça c'est clair aussi, pour que je puisse venir voir. Peut être donner les signes d'alerte aussi au patient pour qu'ils puissent nous appeler voilà. Des fois ils nous appellent parce qu'ils ont une tension à quatorze ou quinze quoi tu vois alors que bon c'est peut être pas forcément là ou c'est hyper important. Leur mettre les signes d'alerte quoi, si prise de poids, oedèmes, essoufflement important, bien sûr douleur thoracique, bon là faut leur expliquer que c'est peut être pas le médecin généraliste à essayer de nous contacter pendant deux heures quoi mais parce que des fois ça sature. Ouais après je te dis il faut pas qu'il y ait de gros gros problèmes non plus donc après.

I : Ensuite pour les freins liés aux médecins. Voudrais tu être davantage formé à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E4 : Pourquoi pas ouais, effectivement ouais mais bon.

I : Non mais tu as le droit de dire non.

E4 : Non mais non franchement après, je pense que c'est nous même en fait si on se sent pas bien après c'est à nous aussi d'aller aussi notamment aux réunions mêmes les labos tout ça enfin il y a toujours des choses ou bien les.. effectivement d'aller en formation pour se remettre un peu à niveau si on ressent le besoin ouais effectivement. Moi je pars un peu plus sur cette idée là. Après qu'on me convie enfin qu'on... Si je ressens le besoin j'y vais sinon non quoi. Y a pas besoin, je pense pas qu'on ait besoin forcément d'avoir une invitation enfin voilà quoi pour y aller quoi je sais pas.

I : Comment ? Sous quelle type de formation ?

E4 : Alors moi je fais le soir avec les labos on a ça ou bien après carrément les grands week ends aussi ça c'est pas mal des fois moi j'avais fait ça sur Paris tout ça. Bon c'est aussi un labo qui l'avait fait quoi mais bon les symposiums tout ce qui est conférence quoi surtout quoi les grosses conférences en médecine gé, il y a souvent des intervenants sur l'insuffisance cardiaque souvent on en parle. Quoi il y a plusieurs modules, la cardio ça retombe assez souvent. Donc ouais à nous de faire ça régulièrement via la formation médicale continue je pense quoi.

I : Ouais.

E4 : Ça nous permet de nous remettre à niveau quand même et puis connaître aussi les nouveaux traitement je pense notamment à ENTRESTO tous les trucs là qui sont sortis récemment, bon c'est vrai que c'est important de se mettre à la page par rapport à ça après je pense à chacun de savoir un petit peu ses compétences par rapport à ça si il se sent ou pas. Je pense qui y en a qui aiment pas trop manier voilà les traitements vis à, enfin pour l'insuffisance cardiaque, je sais pas trop comment font les confrères. Peut être qu'ils font

systématiquement un avis cardio je sais pas comment ils gèrent. Mais je pense que c'est selon ton ressenti de compétences effectivement. Bon moi je souhaite plutôt conférence quand même au niveau ouais de la formation plutôt des conférences via la FMC quoi.

I : Que penses tu d'une formation à l'éducation thérapeutique (concernant l'insuffisance cardiaque) ?

E4 : Formation à l'éducation thérapeutique, ben ça peut toujours être intéressant effectivement je te l'avouerais ouais. Après ça change pas toujours les patients quoi c'est à nous effectivement d'essayer d'être plus clair ouais ça pourrait nous aider quoi quand même. On ne donne pas forcément toujours peut être les bonnes informations ou des choses qui nous nous semblent un peu évidentes qui ne le sont pas pour le patient donc ça pourrait nous aider effectivement à être plus clair dans nos explications je pense clairement. Donc ben je pense que ça peut être intéressant oui effectivement. Même si quand même on a des notions heureusement là dedans.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E4 : Qu'est ce que ça pourrait apporter au patient ?

I : Est ce que ça leur apporterait ? Enfin selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E4 : Ben ah ouais en fait c'est une formation pour les patients tu parles en fait.

I : Ben non en fait c'est libre, c'est formation à l'éducation thérapeutique.

E4 : Formation à l'éducation thérapeutique ah d'accord.

I : Est ce que c'est toi qui l'a fait ? Soit c'est les infirmières...

E4 : Ben en fait ça dépend si c'est toi qui l'as fait, ben si c'est le médecin qui l'a fait forcément ben ce que ça va apporter au patient c'est que son médecin il va peut être être plus clair dans les explications et puis pouvoir lui donner effectivement tous les critères de reconsultation, tout ce qu'il doit surveiller à domicile. Après si on le fait au patient mais il y a le réseau , c'est SOPHIA ils font un peu en insuffisance cardiaque, en diabète et puis.. Il doit y avoir un réseau, ben après c'est RESIC quoi c'est ce que tu disais quoi. A mon avis c'est, ça serait même préférable pour le patient quoi en soit ouais ça serait mieux parce que c'est vraiment du temps qu'il faut lui accorder et nous on est toujours un petit peu des fois poussé et on veut pas non plus faire des consultations d'une heure alors... Ca serait je pense effectivement plus intéressant d'éduquer le patient en lui même même si nous on essaie de la faire à chaque fois qu'on les voit effectivement vraiment faire le point pendant une ou deux heures avec les patient ça pourrait vraiment être intéressant quoi. Après faut il encore que ça soit pas trop compliqué pour eux et qu'ils adhèrent au truc quoi mais à la limite plus pour le patient dans ce cas là directement. Je pense que ça serait mieux quoi. Ouais ben je pense RESIC avec qui je travaille pas énormément mais bon voilà. Et puis SOPHIA je sais pas ce qu'ils font au niveau cardiaque ça je serais plus trop te dire. Mais plutôt pour le patient ouais donc je pense que ça serait intéressant. Nous on essaie de faire au mieux je pense alors bon ça pourrait nous aider quand même comme je te disais aussi pourquoi pas.

I : D'accord.

I : Dernière question est ce que tu as d'autres éléments à apporter ?

E4 : D'autres éléments à apporter ? Ben nous écoute pas spécialement non. Des éléments sur les freins ?

I : Sur tout ce que tu veux.

E4 : Sur tout ce je veux.

I : Si tu as d'autres idées, d'autres choses qui te viennent à l'esprit.

E4 : Qui pourrait nous aider dans la prise en charge quoi. Ben moi je pense quand même que l'idée du réseau c'est pas mal c'est à dire avoir des infirmières aussi qui seraient disponibles au domicile et qui seraient vraiment plus à même au niveau cardio je pense que ça ça serait important effectivement quoi. C'est ce que tu as dit au départ, c'est un peu le but du RESIC quoi. Donc non c'est pas des éléments nouveaux quoi. Mais ça c'est intéressant quand même effectivement.

## Entretien individuel n°5

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

E5 : Contingent c'est à dire le nombre de personne que je suis pour insuffisance cardiaque c'est ça ?

I : On se disait en gros sur une patientèle... en pourcentage éventuellement ? Ou en nombre absolu si vous avez une idée.

E5 : C'est compliqué, c'est très très compliqué moi j'ai une population plutôt jeune active donc j'ai pas vraiment des personnes âgées comme beaucoup de médecins mais pas de manière prépondérante donc après me faire une idée sur l'incidence de mes patients insuffisants cardiaques c'est très compliqué. Je dirais une vingtaine aller au bas mot une vingtaine.

I : Est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

E5 : Oui j'ai pas de, j'ai pas de, non j'ai pas de freins par rapport à cette prise en charge.

I : Si vous pensez par exemple à certains de vos patients qui sont insuffisants cardiaques, est ce qu'il y en un qui vous vient spontanément qui vous aurez marqué ou posé des difficultés pour ?

E5 : Non y'en a que je vois plus souvent que d'autres donc forcément j'y pense d'avantage mais non j'en ai pas un qui m'illustre une problématique de prise en charge ou des difficultés de gestion dans leur approche j'en ai pas un spécialement ou deux donc.

I : D'accord.

I : Pour ce qui est des freins liés au réseau de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues hospitaliers, libéraux et vous mêmes médecin généralistes ? Au niveau de l'accès téléphonique, courriers, conduites à tenir, adaptations des traitements.

E5 : Ça dépend, ça dépend des gens qui sont inclus dans ce réseau. Globalement elle est plutôt bonne j'ai pas, je vais pas me plaindre mais ça dépend étroitement c'est, c'est opérateur ou du moins intervenant dépendant donc y'a les médecins qui ont une certaine personnalité avec qui c'est plus compliqué que d'autre mais d'une manière générale ça se passe bien.

I : Pas de différence entre l'hôpital ou la ville ?

E5 : La question elle est, elle est pas de, du milieu dans lequel ils travaillent mais plutôt de la personnalité des gens avec qui on travaille, c'est surtout ça qui fait la difficulté parfois.

I : Et du coup la communication soit l'accès téléphonique, les courriers, les conduites à tenir, adaptations tout ça ?

E5 : Ouais non c'est pas, on travaille toujours un petit peu avec des gens avec qui on aime bien bosser et puis y'en a d'autres pour lesquels on évite pour autant on est bien obligé de

travailler avec eux quand ils s'inscrivent dans une prise en charge d'équipe donc après on fait comme on peut. Mais la communication passe bien d'une manière générale que ce soit hôpital ou extra hospitalier.

I : Ok.

I : Même si elle est bonne, comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

E5 : Dans quel sens ? Dans le sens des échanges ou de la communication ?

I : Tout, la communication qu'elle soit par téléphone, par l'accès, dans l'ensemble.

E5 : Pff ben c'est pas à moi à apporter les solutions à cette, à ce genre de problématique mais quand euh, quand on a des difficultés, là j'ai, y'en a pas qui me saute à l'esprit donc c'est un peu compliqué d'y répondre mais quand on a des difficultés... organisationnelles ou de ou de joignabilité... L'idée ça serait de mettre en place effectivement un numéro dédié à la, à la joignabilité des praticiens ou du moins... Quand les gens sont dans le réseau, parce que j'en ai très peu qui sont dans RESIC j'en ai un ou deux donc là on a des numéros donc on peut arriver facilement à joindre les gens par le numéro qui nous est attribué. Mais en dehors de ça, tous les insuffisants cardiaques ne s'inscrivent pas dans une prise en charge en réseau, donc la joignabilité des équipes de praticiens qui participent à la prise en charge des patients si y'a, si y'avait des, des je dirais des, des améliorations à faire ça serait par rapport à la, à la clarification de cette joignabilité. Comme il le font dans le réseau par exemple. Donc moi si j'ai, si j'avais un message à porter par rapport à la prise en charge de mes patients insuffisants cardiaques qui ne sont pas inscrits dans des réseaux ça serait de pouvoir joindre les professionnels de santé avec plus de facilité, ce qui parfois est un peu compliqué.

I : Ok.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ? Même si vous avez pas beaucoup de patients dedans. Quelles seraient vos attentes vis à vis de celui-ci ?

E5 : Ben je suis plutôt satisfait non non après il y a des différents intervenants qui a, qui qui interviennent à différents niveaux. Moi ça me convient parce qu'au moins le, le patient a une vision de prise en charge globale dans différentes approches que ce soit de l'ordre purement médical ou si paramédical et... et ... plus particulièrement dans, dans le cadre...Je fais de l'éducation thérapeutique donc je connais un petit peu la, la prise en charge de l'éducation thérapeutique et, et dans ce cadre là je pense que c'est un bon moyen de responsabiliser les patients à leurs pathologies voilà quoi. Donc l'in...l'intervention du réseau dans ce sens là me convient tout à fait parce que les gens deviennent plus responsables de leurs problèmes. Contrairement à ce qui est fait en dehors de cette prise en charge pluridisciplinaire c'est qu'on se retrouve avec des patients qui dépendent étroitement de leur praticien et qui sont sou.. essentiellement dans le respect des consignes qu'on peut leur apporter. Le réseau a au moins cet avantage de responsabiliser les gens, donc voilà ça me satisfait puisque j'ai, j'ai une approche un peu plus globale de mes patients.

I : Comment pourrait on le rendre plus performant?

E5 : Le réseau ?

I : Ouais.

E5 : Ah non ça je sais pas faire.

I : Ah non ?

E5 : Non ça marche bien.

I : Ouais ?

E5 : Ouais j'ai rien... non non j'ai pas de de. Par rapport à la structure mise en place qui était assez difficile à mettre en place depuis de nombreuses années je trouve que ça fonctionne plutôt bien. Je suis très étonné que ça soit pas tous les patients insuffisants cardiaques qui en dépendent. Parce que ça c'est pas... c'est pas étiqueté à la sortie du patient qui sort d'une structure hospitalière quelle qu'elle soit privée ou publique, il s'affiche pas systématiquement dans cette prise en charge réseau. Alors qu'est ce qui fait que les cardiologues hospitaliers ou autres inscrivent leurs patients dans des réseaux et pas tous je sais pas. Donc moi si j'aurais quelque chose à réclamer par rapport à ce genre de chose c'est que, il y ait peut être d'avantage d'inscriptions des patients dans cette démarche. Voilà si j'ai quelque chose à dire c'est plutôt ça.

I : Concernant les freins liés aux patients. Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E5 : Par rapport à quel problème je pensais ? Parce que là j'ai pas très bien saisi le sens de la question.

I : C'est dans l'adaptation des traitements si vous devez enfin si vous avez envie de prendre l'initiative de l'adapter ou de changer un traitement.

E5 : Ah si je me sens à l'aise dans le fait de changer moi même la thérapeutique par rapport à des patients qui sont poly traités et prise en charge ?

I : Oui voilà.

E5 : ça dépend du profil des patients mais globalement effectivement la, la décision doit être partagée donc quand on fait ce genre d'approche et qu'on est dans l'inquiétude on le fait de manière concertée avec le, les cardiologues et les disciplines en parallèle donc. Gérer une urgence, un mec qui est en OAP le soir, qui a personne de joignable je sais faire. Gérer un traitement de fond chez un patient qui est instable ou déséquilibré je pense que le mieux c'est d'en discuter avec le spécialiste de telle manière à prendre des décisions opportunes pour justement avoir une réévaluation de cette prise en charge. Parce que faire sa petite cuisine tout seul dans son coin, sans que le cardiologue soit incriminé dans cette, cette problématique ça, ça peut poser des problèmes d'équilibre au patient. Donc moi j'aime bien partager mes décisions en dehors de l'urgence que je sais faire.

I : Donc c'est, la sous question c'était de savoir ce que vous proposeriez pour limiter cette, cette iatrogénie donc ça serait ça plutôt le dialogue?

E5 : Ah alors pour limiter la iatrogénie, alors ça c'est alors là aussi c'est en concertation étroite avec les différentes, les différents membres de l'équipe. Parce que il y a des patients moins on en donne mieux ça se passe, y en a d'autres on peut pas diminuer comme on le

voudrait. Donc globalement ça dépend de l'équilibre du patient dans sa prise en charge cardio.. mais aussi des contraintes qui sont imposées par cette prise en charge et moi j'ai des patients qui étaient lourdement... lourdement traités ... pour lequel on a aménagé pour que ça se passe mieux dans leur mode de vie. Donc c'est une discussion à avoir avec le patient, la famille, les médecins, ça peut pas se faire tout seul ça.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E5 : Ben quand ils sont dans un réseau c'est plus simple, on est plusieurs à leur dire comment faire et comment se prendre en charge. Comment eux arrivent à gérer eux mêmes leurs problématiques. L'adhésion et l'observance elle est étroitement due à la motivation du patient. Donc si on est pas dans une démarche d'entrée dans l'entretien motivationnel du patient à se prendre en charge, chose qu'on fait vraiment bien dans le réseau et bah l'observance, la qualité de la prise en charge elle est pas optimale c'est pour ça que j'insiste sur le côté peut être d'inscrire beaucoup plus de personnes dans des structures pluridisciplinaires.

I : Donc vous trouvez que ceux qui sont pas dans le réseau , que vous avez ils sont forcément moins observants ?

E5 : C'est plus compliqué, c'est plus compliqué, quand je dis que c'est plus compliqué c'est que... moi je suis un médecin qui suis assez à l'écoute de mes patients, j'essaie de les rendre responsable de leur, de leur prise en charge mais c'est pas tous les médecins, c'est pas tous les spécialistes, autrement dit en fonction des intervenants... ben je pense et en fonction des patients parce qu'il y a des patients qui sont plus ou moins ouverts à ce genre d'approche, on a des résultats qui sont variables. Vous verrez.

I : On voit un peu.

E5 : Vous voyez déjà.

I : On commence à voir.

I : Qu'est ce que vous proposeriez pour améliorer cette adhésion et cette observance en dehors d'appartenir vraiment à un réseau? Vous auriez d'autres idées ?

E5 : Ben moi c'est ce que je fais dans mes, chaque consultation, c'est peut être de... Est ce que le corps médical entend que le... la... les bons résultats d'une prise en charge chez un patient chronique que ce soit l'insuffisant cardiaque, le diabétique et j'en passe. Il y a en de nombreuses des pathologies chroniques mais les bons résultats de prise en charge dépendent étroitement de cet, de cet, de cet entretien motivationnel et de la responsabilisation du patient. Donc si, moi ce que je souhaiterais que beaucoup plus de médecins soient dans cette démarche. Et ça faut faire passer le message aux confrères et ça s'est pas facile de changer la prise en charge des confrères parce que l'idée de changer les choses dans cette prise en charge... elle nait dans certains services, dans certains réseaux, elle est seulement à la naissance de, de, de sa reconnaissance. Donc si il y a un vrai, véritable travail à faire si on veut améliorer la prise en charge des patients insuffisants chroniques elle est vraiment dans ce sens là. D'aider à faire comprendre aux gens que leurs pro... leur pathologie c'est leur problème c'est pas celui du médecin, les responsabiliser, les mettre directement en place dans le fonctionnement de leur prise en charge et pas que ça soit des patients passifs qui écoutent ce qu'on leur dit, les consignes qu'on leur dit qui sont respectées à vingt pour cent de de ce qu'on peut proposer. Donc la démarche elle est plutôt dans un sens effectivement

responsabilisons les patients et apprenons aux médecins à apprendre à nos patients à être responsables.

I : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E5 : Le ressenti ?

I : Oui est ce que la prise en charge est plus facile ? Est ce qu'elle est différente ?

E5 : Non elle est pas... elle est du même ordre. L'ennui c'est que dès qu'on rentre dans des problématiques institutionnelles l'adhésion au patient étant limitée par le syndrome démentiel qui est souvent associé à ce genre de chose c'est beaucoup plus compliqué et là on rentre vraiment dans des démarches, pas vétérinaires mais presque quoi. Donc on fait ce qu'on peut.

I : Et vous auriez des idées pour faciliter ça ? Pour que ça soit moins compliqué ?

E5 : Pour faciliter ça ?

I : Ouais.

E5 : Leur prise en charge ? Chez les gens en EHPAD ?

I : Oui, ou à domicile ?

E5 : Ou à domicile, ben à domicile ils sont déjà plus autonomes donc c'est plus facile. On a déjà plus de dialogue. C'est la même chose qu'en cabinet, c'est pareil. Mais en EHPAD quand ils sont bien diminués... et complètement, complètement ... je dirais déconnectés de tout contact et de toute vision complémentaire. C'est à dire qu'on a, du mal à dialoguer avec les gens en EHPAD. Vous y êtes déjà allés en EHPAD ?

I : Oui, oui.

E5 : Voilà, vous voyez ce que ça fait hein, c'est à dire qu'on a une équipe de soins avec des infirmières qui tournent autour, qui nous donnent des informations parce que ils sont pas censés pouvoir nous les donner, ils sont complètement largués. Ben oui c'est du vétérinaire quoi on fait ça sans, ils sont essouffés, ils ont des signes d'insuffisance cardiaque donc on module les traitements mais on est pas dans ce que je vous disais tout à l'heure, dans une responsabilisation des patients.

Donc c'est plus compliqué et c'est plus du tout la même approche, on est déjà dans la phase terminale du problème. C'est à dire qu'on est plus dans une histoire de, d'un avenir et d'une prise en charge sur de, des années, c'est plus pareil.

I : Pour finir, concernant les freins liés aux médecins. Est ce que vous voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E5 : C'est pas ma tasse de thé j'ai, j'ai d'autres ... L'avantage de la médecine générale c'est qu'on touche un peu à tout hein donc après se, se focaliser sur une, une approche pathologique particulière pourquoi pas. Ça me, ça me botte pas plus que ça je fais déjà d'autres choses dans d'autres domaines je suis débordé de boulot. Donc globalement j'ai, j'ai ma dose hein. Après, après si je rencontre des confrères qui me font partager leur plaisir à

travailler ensemble ou leur plaisir à fonder, à créer des, des solutions par rapport à des prises en charge moi je suis ouvert à toute proposition c'est pas pour rien que je fais des choses à droite à gauche aussi. C'est que j'ai rencontré des gens qui étaient, qui s'investissaient dans une démarche, qui s'investissaient dans une, dans une dynamique... là oui c'est super encourageant.

I : D'accord et si il y avait des formations à l'insuffisance cardiaque ça serait sous quelle forme ?

Vous avez dit créer des dynamiques de groupe.

E5 : Comment se forment les médecins généralistes, vous savez comment il se forment les médecins généralistes ?

I : Ouais, justement, après le questionnaire c'est dans l'idéal, après adapter à la réalité c'est compliqué.

E5 : Moi je fais partie des médecins qui, qui fuient l'industrie pharmaceutique, qui fuient le système établi dans la formation depuis fort longtemps des médecins. Je fais plutôt partie des, je suis syndiqué MG France, je suis des formations... développées via ce syndicat qui sont tout à fait indépendantes de ce que je vous disais tout à l'heure donc en l'occurrence les problématiques de médicaments, d'argent et tout ce qu'il l'accompagne. Donc moi quand je me forme c'est avec des structures de cet ordre là et qui plus est je m'impose un temps réservé à cette formation. Je vais pas aller faire ma formation à vingt heure trente le soir après avoir passé douze heures au cabinet. Je serais complètement incompetent pour pouvoir enregistrer tout ce qu'on me dit et ça sera pas bénéfique. Donc moi si j'ai une formation à suivre ça serait de cet ordre là, un jour de séminaire ou deux jours de séminaire, voilà c'est ce que je fais moi.

I : Ok, que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique concernant l'insuffisance cardiaque ?

E5 : A votre avis, j'en fais, c'est tout ce que je viens de vous dire là depuis tout à l'heure donc ben oui ça devrait être obligatoire.

I : D'accord.

E5 : Ça devrait faire partie du cursus de formation des futurs médecins généralistes et ça l'est pas encore.

I : Y'a beaucoup de vos confrères qu'on a interrogés qui disaient que c'était extrêmement chronophage et qui du coup étaient réticents à se former et à faire.

E5 : Parce qu'ils n'en font pas, c'est parce qu'ils n'en font pas. Ils n'en font pas, ils ne voient pas de quoi on parle et ils se rendent pas compte que le côté... Effectivement que c'est chronophage en recueil d'information, dans l'adhésion du patient et dans je dirais dans l'écoute que ça nécessite parce que les médecins sont pas forcément habitués à ce type d'écoute. Pour autant tout le temps qu'on perd à officialiser cette démarche et ben après vous le gagnez largement. C'est à dire que quand les gens s'inscrivent dans cette démarche... ben ils font leurs trucs tous seuls, on a plus besoin d'intervenir. Ils ont tout compris, ils observent mieux les traitements donc on a moins de problèmes. Y'a pas photo donc le temps perdu à mettre ça en place, il est largement gagné par tous les problèmes à gérer après parce qu'ils n'ont, ne sont pas dans cette démarche.

I : Donc vous avez répondu à la dernière question du coup qui est selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E5 : L'éducation thérapeutique ?

I : Ouais.

E5 : Y'a pas photo, y'a vraiment pas photo.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ? Sur toutes les questions qu'on vous a posées ?

E5 : Ben non c'était assez exhaustif, vous m'avez creusé dans toutes les informations que je vous ai filées mais oui vous vous inscrivez plutôt dans une démarche de rechercher une dynamique peut être différente de prise en charge. Après l'orientation de vos questions, on sent bien que vous êtes plutôt dans l'interrogation sur comment faire pour améliorer les choses et trouver des résultats meilleurs. Voilà je suis dans cette dynamique là, pas forcément dans l'insuffisance cardiaque mais d'une manière générale, en médecine générale c'est comme ça qu'il faut voir les choses.

I : Merci beaucoup.

## Entretien individuel n°6

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ? Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?

E6 : En nombre ?

I : En nombre ou en pourcentage si vous avez une idée.

E6 : Je dirais une vingtaine.

I : Sur une patientèle de combien du coup à peu près ?

E6 : Deux mille.

I : D'accord.

I : Est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

E6 : Oui.

I : Très bien.

I : Si vous pensez peut être en exemple à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques, pouvez vous nous parler d'un qui vous vient spontanément, vous a marqué, posé des difficultés, pour x raison ?

E6 : Oui, oui ben d'ailleurs, c'est un monsieur qui est décédé la semaine dernière et qui voulait pas en fait se faire suivre voilà. Le problème était là, c'était une insuffisance cardiaque sur une coronaropathie et bon il a fait un premier OAP au mois d'avril c'est sa fille qui me l'a amené le soir à vingt heures et parce qu'il était essoufflé, il avait les jambes enflées ben tout ce qui fallait donc il a été pris en charge ça allait pas mal et puis là il a dû faire un problème à domicile, voilà. Mais c'est un monsieur qui, bon il fuyait un petit peu les médecins, il avait pas trop envie.

I : D'accord.

E6 : Voilà l'obstacle, après pour la prise en charge au niveau médical avec les confrères, ça a pas posé de problèmes particuliers parce qu'il y avait, bon il est allé sur la clinique Belledonne, il y a un suivi, enfin il était disponible, ils l'ont bien pris en charge et après pas de soucis.

I : Notre première partie concerne les freins liés aux réseaux de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues hospitaliers, libéraux et vous même en tant que médecin généraliste ? Au niveau de l'accès téléphonique, courriers, conduites à tenir, adaptations des traitements...

E6 : Moi je trouve que ça se passe bien. Il y a, il y a des échanges, enfin assez, assez faciles bon soit par téléphone quand ils sont installés en ville soit, bon la clinique Belledonne ils ont un système où ils prennent en charge, on les appelle, il y a un numéro ou on a directement le

cardiologue et puis ben voilà si, si c'est nécessaire il peut prendre, si il a des places il prend les gens en charge, et avec le CHU, il y a le réseau RESIC, c'est pareil avec Madame X, on envoie un mail elle répond tout de suite enfin c'est... Non c'est moi je trouve que c'est, enfin peut être parce que je suis pas très loin aussi du CHU, c'est, c'est assez fluide.

I : D'accord.

E6 : Les...ouais. Non les cardiologues même les cardiologues de ville ils gardent, c'est tendu les délais de rendez vous se sont allongés mais je trouve qu'ils gardent toujours une disponibilité pour, pour prendre les urgences, donner un avis.

I : D'accord.

E6 : C'est, voilà c'est...

I : Ok.

E6 : Je sais pas j'ai pas de...

I : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

E6 : Ah bah le, le, ça serait d'avoir, après c'est pas forcément compliqué mais d'avoir un numéro, un numéro dédié auprès de la clinique... enfin ouais j'ai la clinique mutualiste, la Belledonne par exemple on a un numéro direct, le CHU c'est un petit peu plus compliqué. Il faut passer par le standard, ou il y a des numéros qu'on arrive à récupérer comme ça. Je trouve que ça, ça c'est pas mal. Après bon il y a les mails maintenant il y a tout ça, ça fonctionne pas mal avec le nouveau système de messagerie enfin nouveau, qui se met en place assez rapidement là cette année, mon SISRA ou APICRYPT, les messageries sécurisées quand les gens ont, de l'autre côté sont réactifs ça, ça se passe pas mal.

I : D'accord.

E6 : Mais le, le fait d'avoir un... soit pour la cardio ou autre d'avoir un numéro dédié avec quelqu'un d'astreinte au bout, qui met un peu de bonne volonté parce qu'il y a des fois des numéros où... C'est un peu compliqué. Mais là les trois, les enfin les trois structures ça se passe, ça se passe pas mal. Enfin je trouve c'est....

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

E6 : Ben moi, plutôt utile, ouais. Ça permet de, de réexpliquer derrière les choses aux patients, de prendre en compte certains paramètres et puis bon il y en a on pourrait faire passer le réseau dix fois, ça empêchera pas certains accidents. Mais, mais c'est pas mal parce que il y a un, une surveillance qui est un petit peu plus cadrée parce que le, ben des obstacles les infirmières libérales sont pas toujours formées à surveiller les patients. Moi il m'est arrivé de, d'être appelé au bout de quinze jours parce que ben le papi ou la mamie il avait pris dix kilos. On passait leur dire bonjour tous les jours mais, alors que c'est noté j'ai des ordonnances je note les points de surveillance, bon ben pas tilté, pourquoi ça c'est à creuser. Et le réseau en fait en passant laisse une trace, met des, remet en fait ces points un petit peu en évidence et des fois ça aide un petit peu.

I : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

E6 : Ah ça c'est une colle ça. Ben peut être des r... peut être des retours à la limite par forcément des, des longs courriers mais un, allez un mail pour dire on l'a vu, on en est là. Ça ça peut suffire pour le suivi du patient. Parce que des fois les gens sont vus, on reçoit le courrier après c'est, c'est surtout dans l'échange des, des données.

I : D'accord.

E6 : Ça ça pourrait être un petit peu, un petit peu plus performant et puis, et puis un moment alors je sais pas maintenant mais l'inclusion était, était pas toujours simple donc je, les gens étaient pas toujours acceptés parce qu'il fallait je sais pas trop quoi, il fallait que le cardiologue de ville soit d'accord, enfin j'ai pas trop compris, là maintenant ça à l'air un peu, un petit plus, plus simple.

I : Maintenant pour ce qui est des freins liés aux patients. Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E6 : Alors oui, oui je suis d'accord avec ça parce que c'est des patients qui sont fragiles et souvent ils sont pas que insuffisants cardiaques, ils sont insuffisants rénaux, ils sont, et c'est un équilibre qui est un, compliqué à, à tenir. Après, après moi j'ai, enfin avec un petit peu de recul je me rend compte qu'il faut pas que ça soit les patients qui gèrent leurs traitements. Il faut qu'il y ait derrière un professionnel ou quelqu'un qui, qui gère parce qu'il y a des mélanges avec en plus les génériques, tout se ressemble, les noms des fois sont très proches donc il y a un, ça peut être un souci.

I : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

E6 : Ben moi souvent je prescris un enfin un passage d'infirmier qui enfin là je viens de voir une patiente en visite, les infirmiers passent tous les jours pour lui donner son traitement parce qu'elle faisait n'importe quoi. Et on, on observe qu'effectivement il y a une meilleure observance. Les, je pense, à partir d'un moment les gens sont un petit peu perdus à la fois parce que tout se ressemble, les génériques c'est des noms qu'ils n'arrivent plus à mémoriser et puis, et puis on ne sait pas ce qu'est que ben d'ouvrir un sachet quand on de l'arthrose au niveau des mains, KARDEGIC c'est pas toujours simple et après ils font le tri entre ce qui est facile à prendre, pas facile à prendre, pas forcément ce qu'on aimerait. Donc quand l'infirmier passe même, même si ils le prennent pas quand l'infirmier à le dos tourné, au moins on se rend compte que il y a un, un soucis donc on peut après essayer de corriger.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E6 : Elle est, elle est plutôt bonne. Ouais je dirais, je pense qu'elle est plutôt bonne. Après non globalement ce qui, il y a quelques patients où, qui sont allergiques à tout ou à rien où là c'est un peu compliqué mais sinon ça, ça se passe, ouais ça se passe pas mal. Alors qu'ils ont des effets indésirables parfois, hypotension ou rhinite des choses comme ça mais bon ils ont l'air de, enfin ils ont l'air de prendre, après je suis pas derrière.

I : Comment envisageriez vous de l'améliorer ?

E6 : Ben les, le passage d'infirmier je vous disais et puis ben essayer d'alléger le traitement le, le plus possible pour qu'il soit, qu'il soit supportable. Et j'ai une dame là qui, qui m'a appelé encore, elle a, je sais plus ce qu'elle a eu comme pathologie et puis elle avait une double

anticoagulation, elle avait des gingivorragies. On a supprimé l'aspirine, il lui reste le XARELTO, bon elle voudrait l'arrêter, le cardiologue a dit surtout pas, déjà arrêter un, en arrêter un c'est compliqué, arrêter les deux c'est. Bon on a modifié les horaires, on essaie de, d'adapter mais le risque effectivement c'est qu'elle l'arrête et puis que ça se passe mal. Il faut, je pense qu'il faut écouter les gens et prendre en compte leurs demandes et puis, et puis avoir l'esprit effectivement que, si ça les embête c'est eux les maitres. Si ils imaginent que c'est ce traitement qui les embête, il passe dans l'évier et ça vous le saurez pas.

I : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile?

E6 : EHPAD par rapport à en ville ?

I : Non par rapport au cabinet

E6 : Par rapport au cabinet ?

I : Par rapport au cabinet, ouais....

E6 : Alors c'est, c'est, moi j'aime mieux voir les gens au cabinet parce que ben on peut les examiner quand même de façon plus complète et puis on est mieux installés. Donc je pense que, que c'est quand même mieux. Après moi quand je vais voir un patient, j'emmène son dossier, je, enfin une partie de son dossier j'ai, j'ai des éléments mais c'est moins, c'est moins bien quand même. Bon là il va y avoir des nouvelles versions de logiciel où là on va carrément tout emmener, ça, ça serait bien mais je pense, déjà on aura toutes les informations avec nous. Là la dame en, que je viens de voir ben j'ai emmené la dernière, l'avant dernière consultation, toute la biologie qu'elle fait depuis le mois de juillet août et puis le dernier courrier du cardiologue. Mais bon j'ai que ça, si je veux regarder autre chose j'ai pas l'historique des, des hémoglobines, j'ai pas le, il me manque des informations à domicile. Donc après je peux regarder en rentrant mais c'est un peu dommage, ouais.

I : Comment envisageriez vous d'améliorer cela ?

E6 : Ben déjà le jour où, enfin moi je, je suis, je suis sur MEDISTORY et ils ont un projet, enfin qui existe déjà d'ailleurs où, où vous partez avec votre tablette, vous avez tous le dossier du patient, vous revenez ça se re synchronise, vous faites votre observ' avec le patient, ben je pense que déjà ça sera un plus, parce qu'on aura tout le dossier. C'est vrai que des fois on part, mince il a vu quand le cardio, il a, est ce qu'on a bien fait ça puis on a tout emmené donc ça ça sera un, ça sera un point, un point d'amélioration. Après il y a, il y a le temps, ça c'est des patients qui prennent aussi du temps, à domicile vous avez pas une balance ou alors c'est une balance TERRAILLON de 1962, c'est collector mais bon la précision elle est plutôt à dix kilos près donc c'est... Mais par petites touches on arrive à mettre en place des choses à domicile mais je pense qu'il faut que nous aussi dans nos prescriptions, on soit assez précis, pour, pour donner des éléments de surveillance, pas forcément beaucoup mais dans tout les cas des points qui doivent les alerter ou alerter l'entourage. Moi je note, j'ai une ordonnance tout prête, surveiller le poids, si le poids, je mets leur poids, si il dépasse de plus de deux kilos ou tant de temps, me recontacter, un essoufflement anormal enfin des, des choses comme ça. Mais ça empêche pas.

I : La dernière partie concerne les freins liés aux médecins. Voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ? Si oui comment ?

E6 : Alors oui pourquoi pas et, alors RESIC fait des, régulièrement des formations, super c'est le moment où je travaille. Alors donc c'est pas forcément adapté, alors il y a des médecins qui travaillent pas le jeudi donc ça peut être, pourquoi pas. Mais c'est vrai qu'il faut, essayer de faire coller ça et puis, alors moi j'ai eu, j'ai fait il y a quelques années alors les choses évoluent, après il suffit de tenir un peu au courant j'ai eu, j'ai fait une formation et ces formations qu'on propose sur deux jours, où c'était deux jours sur l'insuffisance cardiaque. Alors ça a quelques années, après on revoit les patients on se rafraîchit un peu les, les idées mais j'avoue que ça, ça m'a vraiment mis à l'aise avec le, avec le patient insuffisant cardiaque même si des choses, des choses ont changé depuis. Mais après ça on le suit au fil de l'eau et c'est pas mal, ça ça été, le fait de se former deux jours, d'ailleurs il nous avait dit, c'était un cardiologue de Lyon, il a dit ben voilà on va faire pendant deux jours on va faire ce que je fais à la fac en deux heures aux étudiants. Donc on avait le temps d'approfondir avec des cas cliniques avec des... et ça, moi j'ai trouvé ça sympa.

I : Ok.

E6 : Il faut prendre deux jours mais ça, ça se fait de moins en moins puis je dirais malheureusement ces formations elles, pour des tas de raisons politiques, économiques et autres elle tendent à être supprimées. Les médecins aussi ils n'y allaient pas forcément beaucoup, donc c'est un petit peu dommage parce que sur deux jours ben c'est sur c'est que l'insuffisance cardiaque mais vous sortez de là, je savais pas autant qu'un cardiologue, mais en tout dans les cas suffisamment pour vous, être à l'aise avec ce type de patient.

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique concernant l'insuffisance cardiaque ?

E6 : Ben c'est super. Non c'est, là j'ai un projet c'est je voudrais avoir une infirmière ASALEE là en début d'année, donc ça va. Après oui c'est, c'est, c'est intéressant, c'est utile. Après est ce que nous on a le temps de le, de le, d'éduquer les patients, ça fait partie de notre boulot mais c'est des fois ça. Quand vous avez le renouvellement à faire, la plaie du pied gauche à voir, l'arthrose de l'épaule droite à s'occuper, le chat qui va pas bien et , et en plus il faut faire de l'éducation thérapeutique, tout ça pour vingt cinq euros, je change de métier. Pour, on, il faudrait dédier des temps à ça, alors c'est pas encore je pense ancré dans la tête des médecins, pas forcément et ça l'est surtout pas dans la tête des patients. Et eux pour eux tout ce qui est prévention, c'est, ils viennent se soigner voilà, après il faut petit à petit, il faut je pense il faut amener les choses. Mais c'est, à mon avis, c'est, enfin c'est assez, je pense que c'est très utile puisque ben quand les gens comprennent leurs pathologies, ils vont donner eux mêmes l'alerte, ils vont être enfin ils vont mieux comprendre leurs choses, probablement être plus adhérents aux traitements. J'ai fait des formations comme ça déjà, après c'est de la com' hein, c'est, mais c'est intéressant parce que quand vous arrivez à faire passer le message, les gens ont retenu des choses, bon ben ça va, ça se passe mieux après.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E6 : Ben moi je pense, enfin, pour ça ou comme pour d'autres pathologies, à partir du moment où ils connaissent bien ce qu'ils ont, ils se l'approprient et après les traitements ils comprennent, ils vont faire au mieux. Après quand vous prenez un traitement qui vous donnent des douleurs, qui vous fait mal au ventre, chaque fois que vous le prenez vous tombez, il faut aussi que le médecin écoute et puis essaie de solutionner ça si on peut le faire mais on arrive toujours, chez les patients on arrive toujours à trouver un équilibre qui est précaire des fois mais bon.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E6 : Non c'est, c'est. Enfin j'ai dis 20 patients après je sais pas. Plus, au fur et à mesure de la conversation j'en voyais passer plein donc. Il y en a peut être plus je sais pas. Mais, mais c'est des patients, moi enfin moi je trouve que c'est intéressant, c'est des patients intéressants, tout est intéressant mais on peut faire des choses, des choses sympas. Moi quand j'ai fait mes études, bon c'est, ça commence à dater mais les gens avaient une espérance de vie dans les années 1980-1985 de, à partir d'un certain moment, au bout de cinq ans on savait que vous étiez plus là. Là maintenant les gens, comme disait un cardiologue ils meurent ils sont insuffisants de tout, cardiaque, hépatique, pulmonaire donc après l'idée c'est de trouver le juste milieu pour qu'ils aient un confort de vie et puis que ça aille le plus loin possible dans de bonnes conditions. Mais les, ouais, ouais, les nouveaux traitements... puis je trouve que c'est finalement c'est, c'est pas si compliqué d'ajuster. Bon après il y a des bidouillages, ça, ça je laisse faire les cardiologues mais c'est vrai que les, les classes thérapeutiques finalement il y en a pas tant que ça. Mais ouais tout ce qui est éducation thérapeutique c'est, je pense que les gens finiront par être preneurs. Là je vais voir, avec l'infirmière ASALEE, j'en parle aux patients donc ils disent ben oui ça m'intéresse et puis après en pratique pour en avoir discuté avec d'autres confrères qui ont ça, les gens sont d'accord mais quand il faut venir, bon c'est mieux d'aller aux boules ou de faire autre chose donc, donc on verra. Et pourtant c'est gratuit, donc en plus, enfin gratuit, il faut pas que je dise ça, il faut, c'est pris en charge donc ils déboursent zéro, ça n'empêche pas. Ça n'empêche pas.

## **Entretien individuel n°7**

I : Quel est approximativement dans votre patientèle le pourcentage de patients insuffisants cardiaques ?

E7 : J'en ai mais pas beaucoup, de gros insuffisants cardiaques.

I : Pas forcément gros.

E7 : Je sais pas comme ça à la louche ? Oh une vingtaine, une vingtaine ouais à peu près une vingtaine.

I : Sur une patientèle de combien à peu près ?

E7 : Je crois qu'ils ont... alors nous c'est un peu compliqué parce qu'on a un seul numéro FINES pour tous les docteurs donc après ils font un peu des estimations à la louche mais je crois que moi j'avais une patientèle de sept cents, huit cents patients.

I : Est ce que vous diriez que vous êtes à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie ?

E7 : Dans le maniement du LASILIX oui parce que finalement c'est pas si compliqué que ça si on trouve quelqu'un qui veut bien aller faire des bios un peu régulièrement, après dans les nouveaux médicaments, moi j'ai plein de patients là qui sont revenus sous ENTRESTO, c'est un médicament que je connais pas du tout que j'ai pas l'habitude de manier que... dont je connais pas les indications et caetera donc dans le traitement de fond il y a des choses qui ont changé que je connais pas pour lesquelles je suis pas à jour, après dans la poussée, dans le traitement de la poussée parce qu'en ville à part le LASILIX on fait pas grand chose hein.

I : Si vous pensez à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques y en a t il un ou une qui vous vient spontanément et vous a marqué et, ou posé des difficultés ?

E7 : Euh ben là j'en ai une en ce moment qui est une dame de quatre vingt trois ans qui est diabétique de type deux, mal équilibrée, qui a une insuffisance cardiaque mixte cardiopathie ischémique et euh hypertensive, qui a une glomérulonéphrite diabétique et qui a donc une protéinurie, un syndrome néphrotique avec une protéinurie entre cinq et huit grammes par vingt quatre heures et qui du coup fait des décompensations cardiaques un peu au gré de la protéinurie de l'hypoalbuminémie et caetera, qui du coup est toujours un peu à la limite du qu'est ce que j'en fais j'essaye de la lasilixer un peu à la maison en même temps elle a le rein un peu fragile, elle est pas assez grave pour que je l'hospitalise, surtout qu'elle est pas très motivée pour l'hospitalisation, donc du coup ouais je fais un peu de lasilix, du coup après elle a sa créat qui est qui est cracra, du coup j'arrête, du coup elle est re essoufflée, voilà, je l'ai fait hospitaliser une fois dans l'été, elle est restée huit jours ils l'ont bien séchée, et puis elle est revenue et elle se, elle se re dégrade petit à petit quoi

I : La première partie concerne les freins liés au réseau de soins. Pouvez vous parler de votre ressenti concernant la communication entre les cardiologues qu'ils soient hospitaliers ou libéraux et vous même en temps que médecin généraliste ?

E7 : Nous les hospitaliers on bosse quasiment pas avec parce que c'est trop la galère pour les avoir au téléphone, moi je bosse beaucoup avec la mutualiste qui a l'avantage d'avoir un

numéro, une ligne dédiée aux professionnels et où on peut avoir le cardio de garde au téléphone, après ils sont nombreux ils sont pas forcément faciles d'accès on a pas forcément le cardio traitant du patient donc c'est compliqué, les libéraux ben ça dépend lesquels, mais dans l'ensemble ils sont quand même plus facilement joignables que les hospitaliers ou les cardios de clinique, mais après ils ont pas les lits qui vont derrière donc a part nous dire met un peu de LASILIX puis revois le dans quarante huit heures, c'est dur pour eux de nous aider.

I : Comment pensez vous que cela pourrait être amélioré ?

E7 : Ben pour le coup le médecin euh la ligne dédiée pour les médecins de la clinique mutualiste c'est un truc qui marche bien parce que du coup c'est vingt quatre heures sur vingt quatre, peu importe l'heure a laquelle vous voyez le patient, et après ils se coordonnent quand même pas mal dans l'équipe, ils arrivent a les remettre au cardiologue traitant assez rapidement, ils les prennent facilement en hospitalisation, voilà si ça marchait mieux avec l'hôpital ça serait bien, moi j'ai aucun patient RESIC par exemple, si ça existe toujours.

I : Quel est votre ressenti vis a vis du réseau RESIC ?

E7 : Ouais ben, pff, je l'ai pas utilisé moi en tant que médecin traitant ici parce que historiquement les centres de santé ils bossent beaucoup avec la mutualiste parce que au départ dans les années 1970 y a un peu une similitude de fonctionnement c'est un peu une émanation des mutualistes les centres de santé donc du coup, installée j'ai repris les habitudes de celle que je remplaçais dont j'ai pris la succession, en remplacement ça m'est eu arrivé d'avoir des patients qui étaient en RESIC, sur lesquels j'intervenais du coup ponctuellement et mon impression de loin c'est que c'est une grosse machine qui fait beaucoup de bruit mais qui en fait est pas très efficiente quand on en a besoin.

I : Pensez vous qu'il y aurait une manière de le rendre plus intéressant et plus performant ?

E7 : Pareil que ça soit plus facile de joindre les gens que le RESIC ça soit pas une dame qui appelle pour dire vous pesez combien vous avez mangé des huitres a Noël et que le jour où vous avez un problème ben ils soient pas joignables ils ont pas de place en hospit euh, ils peuvent pas parler au cardiologue traitant et on sait pas où le mettre en consultation parce qu'il y a pas de place en consultation.

I : Concernant les freins liés aux patients. Dans un précédent travail vos confrères évoquaient souvent des difficultés liées au risque de iatrogénie surtout chez les patients très âgés, donc pour eux c'était difficile parfois d'adapter les traitements, qu'en pensez vous ?

E7 : Ouais moi c'est plutôt dans les gens qui mélangent les ordonnances, les cinquante génériques différents qui font qu'ils savent pas qui est qui et qui sert à quoi parce qu'ils ont jamais la même boîte, et moi j'ai beaucoup de patients qui s'emmêlent les pinceaux, on est souvent obligés de faire appel aux infirmières pour qu'elles viennent faire le pilulier, ça marche des fois puis des fois ça marche pas des fois c'est impossible de savoir pourquoi ça marche pas l'infirmière fait le pilulier mais en fait le patient il prend pas son traitement alors que le pilulier est vide et que l'infirmière passe et moi je dirais que c'est surtout ça c'est le... après c'est moi mes patients y en a beaucoup qui parlent pas super bien français y en a beaucoup qui savent pas lire et écrire mais je pense que c'est... même les gens qui savent lire et écrire entre quatre génériques différents en fait ils ont du mal à s'y retrouver et que... y a un peu l'inobservance et y a un peu aussi de... ouais, d'emmêlage de pinceaux quoi.

I : Et au niveau vraiment de la iatrogénie des traitements de l'insuffisance cardiaque vous constatez, vous rencontrez des difficultés ou pas en admettant qu'ils prennent leurs traitements ?

E7 : Après... si on se retrouve moi je trouve que c'est le rein surtout on se retrouve souvent avec des insuffisances rénales qui limitent les traitements donc on est obligés d'arrêter l'IEC un moment, de le reprendre, euh... ouais surtout autour de la thématique du rein quoi.

I : Qu'est ce que vous pourriez imaginer pour limiter cette iatrogénie ?

E7 : Je sais pas, je sais pas, il faudrait que mes patients ils soient plus équilibrés sur le plan du diabète, qu'ils aient moins d'insuffisance rénale, ça c'est euh...

I : C'est compliqué.

E7 : Ouais ouais.

I : Que pensez vous de l'adhésion et l'observance des traitements par vos patients insuffisants cardiaques ?

E7 : Déjà nous l'observance on en sait pas grand chose on l'apprend souvent par la famille ou par les infirmiers, les patients ils vous disent jamais qu'ils prennent pas votre truc parce que quand ils le prennent ça leur brule l'estomac ou euh... du coup l'observance moi ils me disent toujours qu'ils prennent tout très bien hein, le...le... LASILIX typiquement c'est un truc que les gens ils aiment bien, on voit que ça fait pisser, on voit que ça fait du... c'est assez facile d'être observant comme ça sur un traitement court, après sur les traitements chroniques c'est plus compliqué de savoir ce qu'ils prennent vraiment et s'ils le prennent et si....

I : Est ce que vous pouvez penser à quelque chose qui permettrait d'améliorer ?

E7 : Les infirmières ça marche pas si mal que ça, après c'est un peu... cher pour la société mais ça marche pas mal. La préparation du... même si c'est une préparation hebdomadaire du pilulier...après nous on a une infirmière d'ETP aussi d'éducation thérapeutique, qui est un... le format c'est ASALEE je sais pas si ça vous parle et du coup quand on a des patients vraiment pommés dans leur traitement on lui adresse et elle essaye de remettre un peu des choses en place, si y a pas d'infirmière pour le pilulier elle essaye de mettre des stratégies en place pour que les gens ils comprennent quel est leur traitement, de rabâcher, elle les revoit régulièrement, elle... du coup ça c'est une... depuis qu'elle est là elle dépatouille bien.

I : Quel est votre ressenti concernant la prise en charge des patients vus à domicile ? Et en EHPAD ?

E7 : Pour moi c'est plus facile de gérer une insuffisance cardiaque a domicile qu'un problème psy par exemple, plus facile à gérer qu'un Alzheimer, plus facile à gérer qu'une psychose chronique...

I : Est ce que c'est plus facile à domicile ou au cabinet ?

E7 : Souvent quand même les gens ils viennent plus au cabinet quand ils sont en décompensation, on y va quoi parce qu'ils peuvent pas se trainer jusqu'ici... nous on est pas accessibles en voiture du coup les gens ils marchent ou on va chez eux... donc en général

quand ils sont en décompensation c'est moi qui vais chez eux. La balance me manque souvent quand je suis chez eux, sinon je pars avec mon saturo... je suis pas mal à l'aise à domicile j'aimerais juste des fois avoir une balance plus transportable que la mienne pour avoir le poids et pour...

I : En EHPAD vous avez des patients ?

E7 : Non, zéro.

I : Concernant les freins liés aux médecins. Aimerez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E7 : Ouais sur la partie traitement chronique ouais.

I : Et comment ? Sous quelle forme ?

E7 : Je sais pas moi j'en fais pas beaucoup des formations parce que comme on est pas libéraux c'est... on a pas accès aux.. aux FMC et caetera, et du coup on peut être financés par la boîte mais c'est beaucoup des DU des choses très... mais ouais de faire des... des interventions courtes sur deux heures avec quelqu'un qui fait bien les interventions ça me paraît très bien. Je suis pas sûre qu'il y ait besoin de dix heures de formation pour gérer l'insuffisance cardiaque, apprendre les trois nouveaux médicaments qui sont sortis et euh....

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique?

E7 : Pour les médecins ?

I : Ou pour les patients ?

E7 : Ouais... 'fin... l'éducation thérapeutique moi j'étais un peu sceptique au début je me disais putain c'est beaucoup d'argent dans un truc que j'avais l'impression de faire mais en fait euh... quand vous le faites en une heure ce que moi je fais en dix minutes tous les trois mois, en fait c'est vachement plus efficace quoi... euh... ASALEE c'est bien parce qu'elle est dans les locaux donc on en discute on en reparle, entre deux portes, on... et ouais si, elles font un boulot qui est hyper utile quoi.

I : Que pensez vous que cela apporterait aux patients l'éducation thérapeutique ?

E7 : Ben déjà qu'ils comprennent mieux la maladie qu'ils comprennent mieux ce qu'ils prennent, qu'ils savent pourquoi ils le prennent, euh... et euh... ouais du coup je pense qu'ils sont plus observants, ils sont plus vigilants, ils viendront consulter plus facilement au moment où ça va pas et caetera... et ils ont l'impr... et je pense aussi nous la nôtre elle va les chercher, elle euh... quand ils veulent pas venir elle les rappelle elle leur dit ben c'est pas grave je vais passer chez vous nanana et truc et du coup ils se sentent cocooner et ils ont l'impression que si les gens s'en inquiètent ça vaut le coup que eux ils s'en inquiètent aussi plus que quand moi je leur dis en consultation pourquoi vous attendez quinze jours pour venir me voir, euh... du coup ouais ... si je pense que les patients ils ont beaucoup de choses à en tirer

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E7 : Non

## **Entretien individuel n°8**

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ? Est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

E8 : Je dirais douze.

I : Sur une patientèle de combien ?

E8 : quatorze (rires) j'ai eu mon premier patient à moi aujourd'hui... Non mais du coup je dis quoi.

I : Ben je sais pas, quand vous remplaciez je sais pas vous arriviez à dire sur combien de patients combien vous en voyiez avec de l'insuffisance cardiaque ?

E8 : Alors sur un petit millier de patients une trentaine de patients étiquetés insuffisants cardiaques je dirais. Des difficultés.... Je me sens pas particulièrement mal à l'aise avec cette maladie, parce que du fait de ma formation initiale c'est une pathologie à laquelle j'ai été beaucoup confronté mais c'est vrai que c'est difficile de réussir une prise en charge optimale pour ces patients.

I : Très bien. Si vous pensez par exemple à certains de vos patients qui sont insuffisants cardiaques, est ce qu'il y en a un qui vient vous vient spontanément qui vous a marqué ou posé des difficultés ?

E8 : Oui alors oui il y en a un qui me vient tout de suite à l'esprit mais c'est peut être pas un meilleur exemple en fait c'est un patient qui était insuffisant cardiaque terminal sur une insuffisance cardiaque ischémique il avait déjà eu plusieurs pontages le premier infarctus remontait à plus de dix ans et euh il lui restait environ vingt pour cent de FEVG et même moins et ben dans toutes les suites de l'insuffisance cardiaque au final il était arrivé au stade où il était aussi devenu insuffisant rénal terminal il sortait d'hospitalisation euh de... de dialyse enfin de néphro en fait il sortait au bout de deux jours et la consigne était de revoir le médecin traitant pour la suite de prise en charge et euh et en fait le problème c'est que le courrier qu'on avait reçu c'est que le patient était euh en fin de vie et le patient était euh pas du tout informé de tout ça et il y avait un tableau d'anasarque complet avec un patient qui arrivait plus euh, qui était en dyspnée totale et euh qui venait nous voir dans l'espoir d'avoir une solution donc ça c'est plutôt des problèmes de communication hôpital patient que réellement en rapport avec votre sujet mais euh le problème était qu'on avait un patient qui était suivi par un réseau plutôt hospitalier et que moi en consultation quand je vais chercher à joindre notamment le cardiologue référent de ce patient ben on n'avait jamais réussi à avoir de réponse, et bon le fin mot de l'histoire c'est que le patient est mort est décédé quarante huit heures après sans en avoir été trop informé... Sinon un autre cas qui me revient plus à l'esprit ça serait plus en rapport avec ces problèmes enfin où la prise en charge pose problème c'est euh un patient qui avait pareil un antécédent d'infarctus du myocarde qui remontait à quatre ou cinq ans, qui en fait avait jamais eu de suivi cardiologique... c'était à l'époque d'un remplacement qui avait jamais eu de suivi c'est son médecin traitant qui le suivait c'est une zone bon où y avait pas de cardiologue de proximité et euh et moi quand je voyais quand j'ai vu le patient c'était un patient qui était au stade d'insuffisance cardiaque patente avec déjà des oedèmes et en fait c'était un patient qui avait aucun suivi de toutes les mesures préventives que devrait bénéficier un patient insuffisant cardiaque, qui avait vu aucun spécialiste, qui avait

pas de prise en charge globale et où en gros on se limitait à une prise en charge symptomatique où on augmentait on diminuait le traitement diurétique, voilà.

I : La première partie traite des freins liés au réseau de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues hospitaliers, libéraux et vous mêmes médecin généraliste ?

E8 : Et ben pour avoir fait un stage en cardiologie, déjà la communication inter cardiologues hospitaliers et libéraux elle est très mauvaise, hum, notamment du fait d'une faible inimité entre eux les cardiologues hospitaliers n'hésitant pas à critiquer la plupart des cardiologues de ville... enfin c'est le ressenti que j'avais, y compris ceux qui sortaient du service depuis pas très longtemps euh en leur reprochant notamment d'être allé en ville pour se faire des sous c'est un peu le premier argument qu'ils envoyaient et donc il y avait déjà un défaut de communication à ce niveau là avec comme toujours l'hôpital qui a l'impression de faire mieux que partout... certes en récupérant les... les boulettes qu'on a fait mais voilà il y avait souvent le côté négatif avec un manque de communication hum et euh en tant que généraliste communication elle est encore plus difficile je dirais alors euh avec les cardiologues de ville ceux avec qui on a l'habitude de travailler c'est quand même assez facile de les joindre et de euh et que le patient qu'on souhaite qu'il soit vu rapidement soit vu relativement rapidement, euh et on arrive quand même à avoir un courrier euh assez potable notamment qui répond à la question pour laquelle on l'a adressé euh je trouve que quand c'est des patients qu'on a besoin d'adresser à l'hôpital euh on arrive quand même relativement facilement à avoir un avis après c'est pas toujours la bonne personne qui donne l'avis, avant que le patient soit pris en charge euh c'est très compliqué y compris pour de l'HDJ .. une fois on a eu besoin ça c'est vrai je crois qu'il a été vu en HDJ trois mois après pour un peu refaire un point global et euh surtout un des points négatifs c'est que quand on adresse le patient à l'hôpital en fait avec souvent une question précise ou un problème précis euh quand on reçoit le compte rendu en général trois mois après euh on a pas forcément la réponse à la question qu'on attendait il y a eu une prise en charge il y a eu des choses de faites mais on a pas la réponse à la question qu'on attendait et notamment euh ça c'est un truc que les hospitaliers ils ont du mal à comprendre c'est que des fois en ville on est obligé de faire des choses adaptées par rapport au patient et des fois la prise en charge qui est proposée au patient est pas la prise en charge adaptée notamment j'avais le cas d'un patient alors est ce que c'était vrai ou pas qui me disait qu'il avait une mauvaise tolérance à un des traitements proposés donc on avait du changer le traitement et certes c'était pas le euh le traitement euh de première intention qu'on devait mettre dans ce cas là et après son passage en HDJ ben ils ont remis l'ancien traitement alors que le patient le tolérait pas bien et donc nous derrière le patient s'est de nouveau plaint des effets secondaires donc on a du de nouveau re changer le traitement on était un peu de retour a la case départ.

I : Et selon vous comment pourrait elle être améliorée ?

E8 : Du coup la relation..

I : La communication entre vous et les cardiologues.

E8 : Non je pense que le problème il est le même pour tout le monde c'est avant tout un problème de temps alors si une fois qu'on a dit ça on est fataliste on amène rien parce que nous non plus on a pas trop le temps de faire des courriers qui sont vraiment bien ou prendre le temps de faire des mails euh... je pense qu'une des .. fou j'ai pas d'idées... une des solutions ce serait de d'avoir des boites mails dédiées parce que c'est quand même assez

facile de communiquer par mail je pense euh ... et d'avoir en fait la personne qui te réponde ça soit une personne vraiment en charge du réseau alors on parlait de réseau je pense que vous faites référence au RESIC qui existe dans notre contrée mais c'est hyper compliqué d'avoir vraiment une personne en charge du réseau et qui va à un moment donné vraiment voir le patient la plupart du temps c'est des gens qui le verront pas euh... ouais... peut être une boîte mail dédiée ça pourrait être bien parce qu'après d'autres supports des plateformes informatiques ou téléphoniques c'est contraignant parce qu'il faut être là au moment même pour pouvoir répondre à la question ce qui est pas forcément le plus simple, euh après je pense qu'il faudrait qu'il y ait des vrais efforts de faits de communication de la part des différents réseaux et des différents services notamment d'un point de vue prévention, notamment moi je penserais à des plate.. des fiches d'information patients et médecins généralistes qui soient un peu plus ... qui anticipent certaines choses notamment un patient qui sort ..insuffisant cardiaque post infarctus le cardiologue il a l'habitude de voir les trois ou quatre situations qui peuvent se présenter et alors que ça va être au généraliste derrière de gérer ça et que lui il est pas forcément à même ou pas forcément à l'aise avec les différentes situations qui vont se présenter et qu'il y ait des plaquettes un peu d'information de savoir votre patient sort pour tel truc enfin par exemple a la fin du courrier et rappeler les différentes choses a faire ou pas faire les règles hygiéno-diététiques et tout ça ça pourrait déjà être une bonne chose et montrer qu'il y a de l'intérêt pour ce qui va être fait pour le patient a la sortie de l'hôpital ce qui est pas forcément le cas quand les patients ils sortent de là en disant ils m'ont dit de revoir mon médecin traitant dans quarante huit heures enfin au bout d'un certain temps on se dit ouais qu'est ce qu'ils attendent de moi ou qu'est ce qu'ils pensent que moi je peux faire... voilà c'est ce qu'on peut ressentir face au patient... je réponds pas à vos questions.... (rires).

I : Ben si si.

I : Quel est votre ressenti vis a vis du réseau RESIC ?

E8 : Et ben je le connais de nom je connais le créateur parce que il fait de la politique et qu'il passe a la télé... euh... sinon voilà... euh... je sais qu'ils sont un peu en difficulté en terme de personnel et de rendement euh concrètement les rares fois où.. pour avoir pu comparer avoir eu des patients qui étaient pas dans le RESIC et des patients qui étaient dans le RESIC euh finalement les patients qui étaient dans le RESIC ça m'a pas... le jour où y a eu besoin d'un avis le besoin d'être hospitalisé où y a eu le besoin de quelque chose le fait qu'ils soient dans RESIC ou pas ça a pas permis de ... enfin moi personnellement ça m'a pas plus facilité la tâche et après au final est ce que c'est un biais de recrutement ou pas, les patients qui étaient dans le RESIC c'était plutôt des patients qui étaient quand même déjà, un peu qui étaient quand même déjà plus graves donc à mon échelle et vu le peu de patients que j'ai c'est difficile de dire que il y avait un bénéfice pour les patients... et en terme de compréhension de leur maladie j'avais pas l'impression non plus qu'ils avaient mieux compris les différentes ... les différentes choses de leur maladie a part globalement qu'il fallait pas que leur coeur batte trop vite voilà, c'est un peu les seules choses... à type de comparaison je trouve qu'un patient qui avait fait de la rééducation cardiaque pour différentes raisons je trouvais que le patient les patients étaient mieux éduqués et savaient mieux gérer leur maladie et leur traitement... par rapport a d'autres, si on doit comparer par rapport a différentes choses c'est surtout par rapport à ça... et je sais même pas comment on doit contacter le RESIC si jamais on a un patient qui voudrait y rentrer quelles sont les conditions selon lesquelles ils doivent rentrer ... ce que je sais c'est qu'ils prennent les patients en HDJ et que ça a l'air assez centré hospitalier et CHU.

I : Comment pourriez vous rendre le réseau plus performant ?

E8 : Et ben déjà il faudrait qu'ils communiquent plus... sur ce qu'ils font, comment on peut les joindre a quel moment ils peuvent intervenir.... Euh... sans doute alors après je connais pas le mode de fonctionnement du réseau mais c'est toujours le même problème je sais pas quelle est leur part d'éducation des patients là dedans mais, moi un truc qui m'avait choqué c'est des patients suivis par le réseau qui finalement connaissaient pas spécialement bien leur maladie en fait et ça moi ça m'interroge je me dis quel est l'intérêt vraiment de faire partie de ces réseaux c'est quoi déjà l'acronyme ? RESIC ça veut dire quoi ?

I : C'est réseau des insuffisants cardiaques trente huit.

E8 : D'accord... c'était pas une question piège... (rires). Donc ça m'interroge, peut être qu'il y ai une meilleure communication... Je pense qu'il y aurait besoin un petit peu de décentraliser certaines choses ... alors c'est pas .. c'est pas évident mais c'est quand même hyper contraignant aussi pour les patients de devoir en fait systématiquement le moindre truc consiste en faire une HDJ a l'hôpital est ce qu'ils pourraient pas maintenant il y a de plus en plus de maisons de santé disséminées faire des journées un peu dédiées à ça et le patient a pas besoin d'aller passer sa journée en ville pour voir ça parce que je trouve que c'est assez contraignant pour les patients en fait je... je vois plus de contraintes que de vrais bénéfices à ça enfin vu le résultat l'idée de base oui elle est bien c'est bien d'aller faire une HDJ mais si le patient au final il en retient rien c'est pas très efficace et euh... ce que j'ai souvent entendu dire de la part de cardiologues c'est que de toute façon c'est des patients qui sont quand même déjà âgés et euh.. la part de l'éducation elle est pas forcément très importante chez ces patients là... je suis pas forcément d'accord avec ça ... après les autres pistes d'amélioration déjà mieux communiquer, et puis ben faciliter l'entrée dans... dans ces réseaux et puis que les critères d'inclusion soient peut être plus définis parce qu'on pourrait peut être les aider par rapport a ça peut être que des fois on leur envoie des patients qui sont peut être pas adaptés ou on leur envoie pas des patients qui devraient leur être adresser et si on connaissait mieux les critères on pourrait euh.. on pourrait être plus efficaces pour eux aussi.

I : La deuxième partie c'est les freins liés aux patients, dans l'adaptation des traitements et notamment des doses de traitements, les médecins de la thèse précédente évoquaient des difficultés liées aux risques de iatrogénie qui étaient importants chez les patients très âgés, qu'est ce que vous en pensez ?

E8 : Ben alors du coup.. c'est ce que j'ai appris vu un peu l'autre coté du chapeau pour l'insuffisance cardiaque la iatrogénie on s'en fout un petit... enfin il faut la mettre de coté.. enfin il faut pas la mettre de coté... enfin il faut .. enfin le but du traitement c'est d'être agressif et ça c'est vrai que c'est dur a gérer parce que les patients ils vont se plaindre de choses et c'est toujours un équilibre a trouver l'insuffisance cardiaque le résultat on le connaît on sait comment ça va finir, c'est plutôt pas bien et le seul but des traitements c'est de retarder l'échéance et on sait que plus on est agressif plus on a une chance de ... de recu... de retarder ...justement cette échéance et c'est un discours qui est dur à faire comprendre au patient parce qu'en fait c'est des traitements où quand même dans l'ensemble ils ressentent vraiment les effets notamment les béta bloquants ils en ressentent les effets, les hypotenseurs ils en ressentent aussi les effets, ça dépend de la cause de l'insuffisance cardiaque si ils ont des statines pareil ils vont s'en plaindre... euh c'est assez dur euh de leur faire comprendre l'importance euh qu'il faut qu'ils essayent de tolérer au maximum euh ces traitements euh et euh la difficulté aussi c'est qu'on a un peu une démarche inverse par rapport aux autres pathologies où on essaye toujours d'avoir la dose de médicament la plus faible et où là au

contraire on essaye d'avoir toujours la dose de traitement la plus élevée euh ce qui est compliqué aussi c'est que en fait il y a certains patients où on leur explique enfin là du coup c'est un autre point... voilà ... autre paragraphe... autre paragraphe... ce qui est dur aussi oui on voit beaucoup d'effets iatrogènes chez les patients notamment ben je pense par un défaut d'éducation notamment quand le patient a son traitement de base de l'insuffisance cardiaque et qu'il a des pathologies intercurrentes et qu'en fait ben typiquement le vieux qui va faire sa gastro et qui est sous son IEC et son LASILIX ben il va nous faire il va nous flinguer les reins parce qu'il savait pas qu'il fallait arrêter le traitement alors quand c'est des personnes très âgées c'est encore plus compliqué, mais après bon... c'est un troisième point.. enfin voilà des patients insuffisants cardiaques c'est quand même une certaine tranche d'âge... dans la question vous parliez pas de l'âge ?

I : Si c'est chez les patients très âgés.

E8 : Ah voilà oui du coup là j'étais hors sujet.

I : Non mais c'est vrai que c'était pour modifier les traitements pour adapter les doses de traitements ils se heurtaient beaucoup à la iatrogénie et du coup chez les très âgés donc...

E8 : J'avais pas compris la question en fait.

I : Non mais elle est compliquée cette question.

E8 : Ben non après là on touche un peu enfin c'est pas vraiment de l'éthique mais ça peut le devenir c'est un peu à quel moment on lâche l'affaire quoi est ce que finalement le patient il va lui rester.. ils sont vraiment très âgés alors je sais pas ce que le très âgé c'est je parlerais plus de niveau d'autonomie et de dépendance du patient a partir du moment où le patient il a plus vraiment son autonomie ben qu'il ait des signes d'insuffisance cardiaque ou pas ça va pas changer grand chose faut essayer de jauger à ça ... et euh.. et en fait je suis pas sur que ça soit le cardiologue et au réseau qui soient le plus a même de .... De gérer ça.. je pense que le cardiologue qui a plutôt l'habitude de suivre... enfin le cardiologue traitant entre guillemets qui a l'habitude de connaître son patient ou le médecin traitant c'est plus a lui de gérer ça en discutant plus avec le patient oui parce que c'est des traitements qui sont très iatrogènes mais faut être conscient qu'à partir du moment où on les diminue voire on les arrête on va se rapprocher du coup très rapidement de la fin et les choses vont s'aggraver... voilà.

I : Est ce que vous auriez des idées pour limiter cette iatrogénie ?

E8 : Non ... Ben oui enfin limiter la iatrogénie les idées c'est toujours les mêmes c'est éduquer le patient mais si le patient est très âgé l'éducation elle est vraiment compliquée et puis après. Moi la seule façon que je connais de limiter la iatrogénie c'est d'arrêter le traitement en cause je suis pas sur que ça soit vraiment efficace après c'est comme plein de pathologies ou de sujets d'actualité ou on dit on choisit de quoi... on laisse le patient mourrir d'autre chose quoi ...

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E8 : Ben je trouve qu'elle est plutôt bonne parce que dès le départ, je pense que quand on leur met ce genre de traitement, tout le monde insiste sur l'importance de ces traitements. Enfin je trouve que l'adhésion elle est, enfin, après les termes d'adhésion et d'observance faut voir ce qu'on entend exactement par ça, l'observance elle est très bonne, l'adhésion est souvent un

peu contre leur gré mais elle est très bonne parce que souvent quand ils se retrouvent avec les traitements, on les attaque un peu tous à la suite donc ils se retrouvent avec trois, quatre traitements d'un coup donc ils sont pas très contents de ça mais ça les aide aussi, enfin ils se rendent compte un peu aussi de la gravité de la situation. En général les patients quand on leur parle de coeur donc, ça leur fait peur et en général ils se sont retrouvés enfin déjà confrontés à un décompensation ou le mode d'entrée dans la pathologie a été, a été souvent brutale ou assez grave et donc il y a la peur des patients face à ça. Donc dans l'ensemble l'adhésion au traitement elle est, elle est, elle est très bonne. Moi les insuffisants cardiaques qui ont leur KARDEGIC ou leurs traitements, enfin ils savent qu'il faut jamais l'arrêter sans avis du médecin ou du cardiologue. A contrario justement ce qu'on disait un peu dans les questions d'avant c'est que des fois elle est trop, l'observance elle est trop, enfin elle prend pas en compte certaines choses. Par exemple le patient qui a sa gastro, qui a une autre pathologie à côté ben il va quand même prendre son traitement et il risque d'en avoir des effets, des effets iatrogènes. Et des fois ils ont tendance à pas, pas nous faire part justement des effets secondaires parce qu'on les a tellement bassinés que c'était important et qu'il fallait à tout prix prendre le traitement, qu'ils vont le prendre. Donc moi je dirais, sauf si ils nous mentent dans l'ensemble ils sont plutôt observants et ils adhèrent, et ils adhèrent aux traitements plutôt contre leur gré parce qu'ils se retrouvent souvent avec quatre ou cinq médicaments mais voilà.

I : Qu'est ce que vous proposeriez pour améliorer cette adhésion et cette observance ?

E8 : Je ferais appel au réseau. Non c'est compliqué c'est souvent des patients qui sont pas, enfin qui sont pas résistants juste, spécifiquement de cette pathologie donc je suis pas sûr qu'il y ait, que ce soit des patients où il y ait besoin de vraiment, que la prise en charge elle soit spécifiquement sur le plan cardiaque. C'est des patients souvent qui sont un peu réfractaires à plein d'autres trucs alors comment les aider... c'est compliqué parce que je pense pas qu'il y ait une solution, ouais, je pense pas que ça soit un problème spécifique de la cardiologie donc je suis pas sûr que ça soit spécifiquement à la cardiologie ou à un réseau spécifique de cardiologie d'apporter, d'apporter des réponses à ça. Faudrait poser la question aux diabétologues qui ont déjà beaucoup, beaucoup, beaucoup bossé sur la question, qui font beaucoup d'éducation thérapeutique pour les patients qui acceptent de se traiter et je pense qu'ils ont encore plus de difficultés avec les patients qui refusent, qui refusent les traitements parce que c'est une pathologie encore plus insidieuse et du coup faudrait voir avec eux comment ils ont bossé là dessus, comment ils essayent de récupérer. Je pense que c'est avant tout un travail au long cours, de communication et de faire comprendre petit à petit les choses au patient, de profiter un peu de chaque occasion. Enfin comme les patients qui refusent les vaccins, comme pour plein de chose auquel on est confronté et, et l'astuce un peu malhonnête que j'ai là dessus c'est, ça m'arrive d'avoir des patients pas spécifiquement au niveau cardiaque mais quand il y a un patient qui refuse un traitement, je sais qu'il est important et qu'il vient me voir pour d'autres problèmes, ben j'essaie de rattacher ces problèmes actuels à l'autre pathologie en disant ben vous voyez si vous preniez le traitement vous auriez peut être ça moins fort ou pleins de choses comme ça. Voilà je pense que c'est avant tout par la communication, l'éducation puisque justement si on explique les choses au patient, du pourquoi on donne un traitement ben il en voit l'intérêt au final.

I : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E8 : Ben les rares cas de patient que j'ai vu en EHPAD, ils voyaient plus de spécialistes mais aussi parce qu'on faisait plus appel à eux pour les raisons qu'on aurait pu évoquer dans la question précédente, enfin une des questions précédentes. Voilà je pense quand un patient est

en EHPAD, c'est forcément qu'il y a une perte d'autonomie, il y a quand même pas beaucoup de patients en EHPAD qui vont se balader, se balader tout l'après midi donc qui ont besoin d'avoir une capacité cardiaque extraordinaire. Après la question ou il y aurait besoin peut être de plus les aiguiller, c'est que malgré tout, ben forcément beaucoup de personnes âgées sont insuffisantes cardiaques et en EHPAD il y a plein de vieux et on les retrouve encore beaucoup avec, du moins à l'entrée avec leur ordonnance complète et ben c'est souvent le médecin de l'EHPAD qui décide, de, de baisser, de baisser ses traitements et on peut se poser la question en fait est ce qu'il aurait pas du être arrêté plus tôt, pu arrêter plus tôt et notamment pour ben divers problèmes de iatrogénie, de, de coût de la santé aussi parce que finalement laisser des traitements qui sont pas forcément utiles, ça coûte quand même de l'argent et c'est pas bien. Après pour les patients à domicile c'est à dire qui sont ...

I : Vus à domicile, en visite.

E8 : Versus en cabinet ?

I : Ouais.

E8 : Ouais, ben ça pareil c'est des patients qui ont une grosse perte d'autonomie, qui sont plus difficiles, c'est plus difficile de les, de les, de les déplacer et je pense qu'en fait sur le plan cardiaque à titre de comparaison au niveau des réseaux et ben ou du contact avec l'hôpital, il y a un vrai déficit si je compare avec d'autres pathologies où le patient diabétique il va continuer à faire sa, son HDJ annuel ou avoir son rendez vous avec le, avec le diabéto à l'hôpital, niveau rénal c'est la même chose, ils continuent à être suivis même si il y a pas forcément de dialyse, ils continuent à être surveillés alors qu'au niveau cardiaques ils sont quand même un petit peu abandonnés je trouve après est ce qu'on les sollicite aussi, je sais pas. J'ai pas la réponse. Ouais voilà après il y a une perte de réseau alors la question est est ce qu'il faudrait que du coup, le réseau en question ou il y ait des gens qui se déplacent pour ses patients là.

I : Ben justement c'est comment, c'était la question, la sous question d'après. c'était comment on pourrait améliorer ça. Comment on pourrait améliorer, optimiser la prise en charge des patients en visite à domicile, enfin qui sont à domicile du coup ou en EHPAD.

E8 : Ouais après moi je trouve que c'est pas forcément utile en fait. Si on résonne à grande échelle, le coût que ça va engendrer, pour quel résultat ? J'en suis pas convaincu en fait. Moi j'ai envie de laisser mourir tout le monde (rires). Non mais, non mais est ce que, est ce qu'il y a un intérêt à faire déplacer le cardiologue, avec l'infirmière plus même maintenant les infirmières elles se déplacent au total à deux ou à trois, j'en suis vraiment pas convaincu de ce que, est ce qu'il va y avoir un réel bénéfice, ça va être un bénéfice sur combien de temps, enfin. Enfin voilà le patient qui peut pas sortir de chez lui, il y a une raison, il y a une perte d'autonomie, alors si la perte d'autonomie c'est uniquement l'insuffisance cardiaque, ok il peut y avoir un intérêt sachant que si vraiment c'est ça, ça veut dire que le pauvre monsieur, ben il doit plus lui rester grand-chose à vivre mais je suis pas sûr que l'intervention, l'intervention elle est vraiment un intérêt à moyen terme et même à court terme. Ben je vois pas ce que ça peut faire vu le désagrément qui va être engendré par rapport, par rapport à ça, sachant qu'en plus pour faire une évaluation cardiaque correcte maintenant il y a besoin quand même d'un certain nombre de matériel, enfin voilà. Je suis pas sûr de la pertinence d'une intervention à domicile.

I : La dernière partie évoque les freins liés aux médecins. Est ce que vous voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E8 : Je dis non parce que chaque fois qu'on vous pose la question à un médecin généraliste il faudrait répondre oui et du coup pour chaque sujet ben faudrait qu'on soit de nouveau formé. Et ça, en fait le piège de l'insuffisance cardiaque c'est qu'on en voit beaucoup et qu'on a l'impression de maîtriser en fait juste parce qu'on augmente ou qu'on diminue le LASILIX et que, et que le patient va mieux et à court terme en fait on a l'impression de faire des bonnes choses mais en fait on fait juste du symptomatique. Donc oui on est obligé de répondre oui, on aurait besoin d'être mieux formés pour être surs de faire les choses bien mais au final je suis trop fort (rires). Mais la question si on répond oui c'est comment.

I : Oui, c'est la deuxième partie de la question.

E8 : Ah tu l'as posé ?

I : Non mais j'attendais.

E8 : En fait, oui c'est on répond oui c'est comment et c'est encore, ben devoir faire une journée de formation à droite, à gauche ou voilà. C'est pour ça que je pense qu'il y aurait vraiment un intérêt, un patient qui sort de l'hôpital qui a fait un bilan et ben qui est aussi un petit, une petite feuille A4, même pas recto verso, juste recto sur les choses essentielles au niveau hygiéno-diététique, les consignes, les choses à surveiller pour les médecin traitant. C'est des choses qui me paraîtraient importantes. Un peu à l'image, je fais un digression mais un petit peu comme quand on doit gérer le suivi du post op d'un patient alors qu'en fait le post op, déjà de un on l'a pas appris à la base et on sait pas à quoi s'attendre quand le patient après une opération abdo il vient nous voir en disant j'ai mal au ventre et ben on lui dit ben ouais retournez voir le chirurgien, oui mais le chirurgien je le vois dans trois mois, ah bon ben ok. Et c'est un peu ces choses là qu'on pourrait avoir en fait parce que l'intérêt je pense du spécialiste ou de repasser dans un réseau c'est un peu de recadrer les choses, de re contextualiser l'insuffisance cardiaque : il est à tel stade, le risque c'est qu'il passe à tel stade, la pour l'instant il y a tel médicament, si ça se passe mal ben il nous reste ça comme option thérapeutique, là on est à telle dose, le but ça serait d'augmenter, d'augmenter les doses et que ça soit plus mis en avant. Mais après ça aussi ça leur prend du temps sur les comptes rendus ou des choses comme ça. Compte rendu que nous ne lirons pas de toute façon.

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique concernant l'insuffisance cardiaque ?

E8 : Je vous renvoie à ma thèse (rires). De la part des médecins ?

I : Ou pour les patients.

E8 : Que les patients fassent de l'éducation thérapeutique.

I : Oui.

E8 : Ben oui c'est indispensable.

I : Pour qui ?

E8 : Pour les patients.

I : Selon vous, qu'est ce que cela apporterait au patient ? Que le patient soit formé à l'éducation thérapeutique ou que son médecin soit formé à l'éducation thérapeutique ?

E8 : Ben que son médecin soit formé spécifiquement à l'éducation thérapeutique ça apportera rien au patient. Ce que ça va apporter au patient ça va être qu'il va avoir une meilleure observance, qu'il va avoir une meilleure compréhension de son traitement, il va diminuer ses effets iatrogènes parce qu'il va savoir quand arrêter ses traitements, ça va lui permettre d'avoir une, enfin si le traitement... de meilleure observance des règles hygiéno-diététiques donc au final d'améliorer sa qualité de vie. Mais ça c'est les règles génériques de l'éducation thérapeutique. Après que le médecin soit formé à l'éducation thérapeutique spécifiquement pour l'insuffisance cardiaque, ben après ça c'est propre à chaque médecin. Un des problèmes principaux de l'insuffisance cardiaque, euh de l'éducation thérapeutique ben c'est comme tout ce qu'on veut faire et si on veut essayer de le faire bien c'est que ça prend du temps et monter un programme d'éducation thérapeutique c'est hyper long c'est hyper compliqué et voilà. Donc ça par contre pour le coup je pense que l'éducation thérapeutique il faut qu'elle soit faite, faut qu'elle soit faite en réseau, à l'hôpital mais il faut qu'il y ait une intervention de personnes ambulatoires et de personnes qui ont l'habitude de suivre les patients et donc c'est pas forcément les, que les médecins traitants, ce serait aussi je pense les kiné chez lesquels on envoie aussi ses patients, les infirmières qui viennent suivre ces patients à domicile pour qu'ils se rendent compte aussi du vécu et du ressenti des patients. C'est une chose qui est quand même pas trop prise en compte à l'hôpital ou pour avoir fait de l'éducation thérapeutique à l'hôpital, en cardiologie, ça reste quand même quelque chose d'assez vertical où en fait l'éducation c'est vraiment dans le sens propre du terme où j'apprend des choses, où j'explique des choses au patient. Et où le ressenti du patient est, à l'inverse, est écouté mais n'est forcément entendu et pas forcément pris en compte. A contrario si on regarde ce qui est fait en diabétologie où pour le coup eux ils ont, enfin c'est impressionnant c'est qu'ils font au niveau du ressenti du patient et à quel point ils adaptent la prise en charge par rapport à ce que le patient leur dit. En cardiologie j'ai plutôt l'impression, enfin si le patient fait un, donne un ressenti sur un médicament ou un truc c'est, ben oui mais ben ce médicament il est vraiment très important, il faut le prendre, même si vous avez ci, avez ça quoi. Et je suis pas sûr que ce soit comme ça qu'on arrive en fait à un moment donné à avoir l'adhérence des patients, l'adhésion.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E8 : Sur quel sujet ?

I : Sur toutes les questions

E8 : Non

## **Entretien individuel n°9**

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

E9 : En gros des insuffisants cardiaques a mon avis une dizaine ... dix je dirais.

I : Sur combien de patients ?

E9 : De patients au total ? J'ai-je dois avoir mille deux cent patients déclarés médecin traitant.

I : D'accord, est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

E9 : Oui.

I : Pensez peut être en exemple à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques, pouvez vous nous parler d'un qui vous vient spontanément, vous a marqué, posé des difficultés, pour x raison ?

E9 : Euh... alors j'en ai un qui était étiqueté insuffisant cardiaque, euh sur un problème de FA, avec des comorbidités aussi, AVC euh.. problèmes d'obésité alcool diabète, multi.. multifactoriel, euh et en fait que mine de rien on a eu du mal a prendre en charge et euh... et qui finalement on ne sait pas d'où ça vient à priori c'est pas une insuffisance cardiaque voilà... il y a une surcharge, il a besoin de son FUROSEMIDE, euh... mais après il y a tellement d'autres problèmes aussi à coté, respiratoire, il a eu une quantité de tests assez hallucinants avec des problèmes aussi hépatiques associés enfin voilà quelque chose de très très complexe, j'en parle comme ça parce que je l'avais vu avec l'interne en consultation et il était même... il était cyanosé vraiment pas bien en surcharge, l'interne elle avait pris peur en le voyant elle avait dit mais c'est pas possible aux urgences on en voit certains qui sont en meilleure forme quoi et pourtant ils sont hospitalisés... et je pense à ça parce que effectivement ça peut vraiment faire peur, vraiment faire peur... et quand on connaît les gens on arrive à maîtriser un peu les choses, on peut bidouiller un peu.

I : Concernant les freins liés au réseau de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues qu'ils soient hospitaliers, libéraux et vous même en tant que médecin généraliste ?

E9 : Lié au réseau ?

I : Au réseau de soins en général.

E9 : Ben euh... j'ai envie de dire que c'est l'accessibilité aux cardiologues qui est un frein hein... nous on peut arriver à les joindre assez facilement, après eux pour voir le patient c'est plus compliqué globalement surtout que c'est souvent des patients c'est difficile enfin ils sont pas aisément transportables on parle des personnes âgées notamment... voilà donc c'est souvent des conseils par téléphone sur des adaptations de traitement... euh... et le réseau le problème c'est vraiment l'accessibilité quoi.

I : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ? Que cela soit la communication ou l'accessibilité ?

E9 : Ben.... Le souci euh j'ai envie de dire ça dépend du bon vouloir du cardiologue aussi, finalement, parce que autant il y a des cardiologues en cas de problème ils vont directement nous dire ben vous l'envoyez aux urgences je veux même pas le voir donc ça c'est très dérangeant, donc ça il y a du bon vouloir voilà et je pense que les cardiologues ils aiment bien avoir des consultations programmées enfin voilà... en libéral en tout cas.. mais sur le côté imprévu impromptu ça ils aiment pas trop et ça c'est vraiment un problème pour eux, alors comment ça pourrait être amélioré euh... avec la mise en place de la télémedecine des choses comme ça qu'on puisse leur transmettre plus facilement euh.. un électro peut être plus facilement que par fax enfin voilà euh... faire des choses un peu en direct, mais euh... enfin ils sont pas toujours très disponibles quoi c'est surtout ça.. donc par téléphone c'est pratique sur des petites choses à gérer, sur des choses plus complexes en gros soit y a une urgence et ils nous disent envoyez le aux urgences pour l'hospitaliser soit pas tellement d'urgence et certains peuvent les prendre assez rapidement mais... donc euh ouais j'ai pas la solution euh... je trouve quand même qu'on est quand même amenés nous à gérer la plupart des problèmes quoi.. donc euh... donc après, on peut vite se sentir un peu dépassés aussi hein... mais en gros c'est un peu débrouillez vous.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

E9 : Mon ressenti c'est que ça peut être intéressant surtout chez des patients jeunes euh dans le cadre de l'éducation thérapeutique des formations qu'ils font de pleins de choses vis-à-vis du patient, sur les patients plus âgés c'est très très limité, à la rigueur pour avoir une facilité d'hospitalisation un peu directe un peu rapide oui mais la situation elle est tellement rare que.. que voilà, euh c'est plus facile avec le CHU mais nous ici on est loin du CHU et on se débrouille autrement quoi. Donc moi en gros pour l'instant euh chez un patient jeune je pense que c'est vraiment intéressant, chez les plus âgés je suis pas sur que ça ait une grande utilité.

I : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

E9 : Pour tous les patients ? ... Pas évident hein (rires)... C'est pas évident parce que justement pour les patients jeunes je pense que c'est vraiment euh enfin voilà qui sont encore actifs qui sont voilà je pense que c'est déjà quelque chose d'adapté qui à priori même si je connais pas très bien en tout cas à mon avis quand je reçois les programmes qu'ils font les choses qu'ils proposent à mon avis c'est bien... euh le fait que ça soit à Grenoble que ça soit un petit peu loin, globalement ici les gens ils veulent pas aller à Grenoble, ça c'est vraiment un frein... et euh si il y avait euh une petite antenne euh sur Voiron par exemple, là ça permettrait d'améliorer les choses à mon avis... euh... et ça c'est... enfin je pense que ça change beaucoup de choses la proximité en tout cas change beaucoup de choses et euh.. même finalement pour les personnes un peu plus âgées si il y avait quelque chose de plus proche peut être que ça les motiverait aussi un peu... c'est tout ce que je vois.

I : Ensuite concernant les freins liés aux patients. Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E9 : Hum... globalement pas trop... après le problème c'est quand c'est associé à d'autres choses surtout avec de l'insuffisance rénale où là c'est plus compliqué à gérer... vis à vis des IEC voilà après de jongler un peu avec les... les diurétiques les surveillances tout ça moi c'est quelque chose qui me... qui me gêne pas donc euh... moi pour moi c'est vraiment pas un frein .

I : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

E9 : Euh... pour la limiter faut limiter les traitements et ça c'est ça pour le coup faut savoir les arrêter euh ce que les cardiologues savent pas forcément faire... voilà et ça c'est un gros problème enfin voilà parfois nous on a envie d'en arrêter certains, après c'est toujours un peu délicat quand le cardiologue a dit non non celui là faut le garder on se retrouve dans des situations qui sont un peu compliquées mais c'est vrai que y en a certains qu'on devrait pouvoir arrêter sans trop de problèmes hein... donc euh pour limiter ça en tout cas... je crois qu'il faut limiter le nombre de traitements et là et rester à l'essentiel quoi... et finalement on s'en rend compte on se rend compte en tout cas que les gens ils vont pas plus mal quand on leur arrête de plus en plus donc euh... voilà.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E9 : Euh c'est compliqué sur les diurétiques voilà... parce que ça les fait... parce que c'est dérangeant d'aller tout le temps tout le temps uriner on s'en doute bien en plus mais euh voilà des qu'il faut aller à l'extérieur ou autre alors certes on leur donne des petits conseils mais euh on le voit tout de suite, je pense à une en particulier ben je la surveille une fois par mois ben dès qu'elle reprend un peu de poids je sais très bien qu'elle a pas pris son traitement donc euh donc voilà mais euh... c'est surtout là dessus que ça pose souci parce qu'il y a des effets indésirables, sur le reste globalement je pense qu'ils le prennent plutôt bien a priori.

I : Comment envisageriez vous de l'améliorer ?

E9 : Hm... ben après ça passe justement aussi par l'éducation thérapeutique tout ça eu euh... c'est quelque chose qui est pas, qui est pas inné qui est pas toujours adapté aussi à tous les patients euh... mais euh faut quand même aussi faut savoir s'adapter un petit peu mais en expliquant effectivement déjà on améliore les choses, en impliquant d'autres professionnels aussi hein de toute façon quand il y a les infirmières aussi qui sont là pour appuyer voilà euh... par le biais on peut penser aussi les infirmières ASALEE ça serait aussi un moyen qui peut être intéressant pour renforcer tout ça le fait qu'il y ait pas que le discours du médecin du cardiologue si il y en a d'autres à côté qui surveillent tout ça c'est plus facile.

I : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E9 : Alors en EHPAD moi j'y vais pas, à domicile moi j'en ai plusieurs, c'est plus compliqué de toute façon euh on fait pas comme au cabinet à domicile donc déjà c'est pas tout à fait adapté, euh... on déshabille pas complètement les gens euh... ou rarement, euh... les pesées c'est pas très fiable, non la prise en charge elle est moins bonne à domicile.

I : Comment envisageriez vous d'améliorer cela ?

E9 : Faire un bon de transport et faire venir au cabinet, mais ça ça coûte des sous aussi, voilà, si on faisait venir tous les jours les gens comme ça en ambulance euh enfin après c'est quelque chose qui est à mon avis ... enfin je pense pas qu'on nous oppose ce genre de problème, mais on va nous dire attendez ça coûte cher tout ça... ouais... je crois que ça serait peut être pas plus mal par contre.

I : La dernière partie concerne les freins liés aux médecins. Voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E9 : Personnellement non, après comme toute chose j'ai envie de dire il faut quand même se former régulièrement, et euh je pense que ça me ferait peut être pas de mal dans les années qui viennent de me refaire un petit tour sur la cardio.

I : Vous voudriez que cela soit sous quelle forme ?

E9 : Euh... moi c'est plutôt je préfère en... sous forme de.... En FMC sur 2 jours ... des choses... les formations classiques quoi.

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique pour le médecin et pour le patient ?

E9 : A chaque euh... pas pour chaque patient on est d'accord ?

I : Non pour les patients uniquement insuffisants cardiaques, que les médecins soient formés à l'éducation thérapeutique et les patients aussi.

E9 : Ça ça ne peut être que bénéfique.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E9 : Au patient de savoir qu'on apprend aussi... finalement, et euh... de savoir qu'on fait les mêmes choses et qu'on partage aussi les mêmes choses eux ça les rassure aussi beaucoup je pense et euh.. à mon avis en tout cas ça les sensibilise encore plus au problème très certainement, c'est une bonne idée.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E9 : Euh... j'ai envie de dire que globalement ça marche pas si mal, euh... mais que les patients à peu près équilibrés tant qu'il y a pas d'autres problème a coté... ça roule ça pose pas trop de problèmes... euh dès qu'il y'a d'autres soucis c'est vrai que... dès qu'il y a d'autres soucis de santé hein des problèmes chroniques comme des problèmes aigus c'est là où tout de suite on se retrouve un peu limité... c'est des cas assez exceptionnels et finalement c'est des cas qu'on hospitalise aussi rapidement quoi finalement et ça reste des indications d'hospitalisation faut pas perdre de vue qu'on peut pas tout gérer à domicile et qu'y a un moment on a aussi nos limites et ça doit relever de l'hôpital et puis voilà alors certes on pourrait toujours faire un petit peu plus mais je trouve que globalement a mon avis en tout cas on s'en sort pas si mal quoi.... Enfin j'espère (rires).

## Entretien individuel n°10

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

E10 : Euh... alors je dirais sur une patientèle qui est du coup assez récente que j'ai récupéré comme je me suis pas installée il y a longtemps, sur je sais pas... sur neuf cent patients environ je dois en avoir euh... cinq ou six.

I : Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie?

E10 : Oui plutôt à l'aise.

I : Pensez peut être en exemple à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques, pouvez vous nous parler d'un qui vous vient spontanément, vous a marqué, posé des difficultés, pour x raison ?

E10 : Alors je me rappelle, j'ai une dame qui est, qui est vraiment très âgée, qui doit avoir à peu près quatre vingt quinze ans mais qui est encore en bon état général et elle fait fréquemment des décompensations cardiaques et le problème c'est toujours de savoir si on l'hospitalise ou pas... jusqu'à présent on arrive souvent à gérer à la maison mais des fois elle est quand même essoufflée et du coup c'est difficile de la faire hospitaliser sans passer par les urgences, voilà.

I : Quel est votre ressenti concernant la communication entre les cardiologues et vous mêmes médecin généraliste ?

E10 : Ben ça dépend vraiment du cardiologue. En général avec les cardiologues avec lesquels j'ai l'habitude de travailler en ville ça se passe plutôt bien, la plupart j'arrive à les avoir rapidement au téléphone. De temps en temps c'est compliqué parce qu'il y a euh... on tombe sur la secrétaire, on doit attendre longtemps mais sinon ça se passe plutôt bien. C'est vrai que c'est plus compliqué de joindre les cardiologues au CHU et puis euh... on reçoit vraiment les courriers ... tard mais sinon globalement ça va.

I : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ?

E10 : Ben moi je reconnais que j'aimerais bien avoir une... qu'il y ait vraiment peut être un, un numéro de téléphone où on tombe directement sur le, le cardiologue qu'on... qu'on veut avoir pour avoir un accès plus facile et puis euh... souvent je sais pas trop quoi faire au niveau des, des traitements pour euh... si il faut modifier les doses ou instaurer un nouveau traitement j'hésite un peu, toujours donc euh j'aimerais bien que les cardiologues ils mettent une note peut être dans leur, sur l'ordonnance en disant ce qu'ils attendent de moi, si il faut que j'augmente que je diminue, à quel moment, vers quels résultats il faut tendre quoi.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

E10 : Alors le RESIC c'est vrai que j'en ai entendu beaucoup parler quand j'étais interne au CHU, autrement depuis euh... pas beaucoup. De temps en temps j'ai des patients qui me disent qu'ils sont dans le RESIC et qui arrivent en consultation avec... avec leur classeur mais en fait je sais pas trop ce qu'ils font euh... c'est eux qui m'expliquent en général, je reçois pas

beaucoup de courriers, j'ai pas vraiment de, de contact avec eux. Après les patients ont l'air d'en être contents mais moi je euh... ça m'apporte pas grand-chose.

I : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

E10 : Moi je pense que... il faudrait le rendre plus performant peut être en euh... en faisant en sorte qu'ils viennent plus vers nous, qu'il y ait plus de communication avec le, le libéral, surtout avec les médecins généralistes, qu'on se sente un peu plus inclus dans le réseau... ce qui est pas le cas tellement je trouve pour l'instant. Et puis je sais pas pourquoi il y a certains patients qui sont dans le réseau insuffisants cardiaques alors que d'autres sont insuffisants cardiaques aussi et ils y sont pas... donc euh peut être inclure, inclure plus de patients.

I : Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E10 : Je pense qu'effectivement chez des patients très âgés du coup comme la patiente que je mentionnais au début c'est assez compliqué parce que du coup elle est insuffisante rénale mais du coup quand elle décompense il faut lui mettre des diurétiques, du coup on est un peu toujours... on a toujours besoin d'être très vigilants sur... sur les doses de diurétiques, combien de temps on le met, du coup c'est vrai, c'est vrai qu'il y a effectivement de la iatrogénie surtout au niveau des... des diurétiques et des interactions avec la, la fonction rénale et c'est vrai que des fois c'est, ben c'est compliqué quoi.

I : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

E10 : C'est compliqué, c'est très compliqué... Il faudrait, c'est comme je disais les... peut être les consignes du, du cardiologue pour savoir un peu jusqu'où on peut aller ou alors peut être vraiment mobiliser les équipes paramédicales... les infirmières, la famille pour qu'on soit alerté très vite quand effectivement il y a une iatrogénie et qu'on voit que le patient supporte pas bien le, le traitement pour pouvoir agir rapidement.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E10 : Ben... c'est difficile à évaluer, la plupart j'ai l'impression qu'ils sont quand même assez... assez observants et assez adhérents parce que ça, ça touche au coeur alors ils veulent faire quand même, ils veulent faire quand même attention donc je dirais qu'elle est, qu'elle est plutôt bonne.

I : Comment envisageriez vous de l'améliorer ?

E10 : Ben... peut être du coup en, euh... je me dis en l'évaluant peut être plus souvent déjà parce que, parce que finalement je dis qu'elle est bonne mais je me, mais il y en a pas mal à qui on demande pas forcément si ils prennent ou pas leurs traitements... euh peut être en, en les, en leur faisant plus d'éducation thérapeutique pour leur expliquer davantage le rôle de, de tel ou tel médicament parce que la plupart du temps ils savent que c'est pour le coeur et encore euh... mais ils sont pas capables de dire à quoi ça sert et du coup ils peuvent pas comprendre l'intérêt du, du traitement donc peut être plus les, les éduquer.

I : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E10 : Alors en EPHAD (rires) c'est pas possible de faire de... de l'éducation thérapeutique, la plupart du temps c'est quand même des gens qui sont, qui sont vraiment dépendants et qui ont des gros troubles cognitifs du coup on fait vraiment un peu en fonction de l'examen clinique et de ce que disent les infirmières... Et à domicile ça dépend des patients il y en a qui sont quand même relativement assez autonomes et très cortiqués donc on a pas besoin de... on leur explique comment il faut prendre le traitement, à quoi il sert et ça se passe, ça se passe bien... Moi j'ai pas tellement de problèmes, j'aime bien ça les visites à domicile, ça fait promener, ça fait prendre l'air, j'aime bien (rires) Et... et après c'est sûr que, ça prend, ça prend du temps mais sinon non j'ai pas de, de grosses difficultés avec les patients qui sont à domicile... autonomes à peu près et pas euh... et qui comprennent bien les, les choses.

I : Comment envisageriez vous d'améliorer cela ?

E10 : Peut être quand même en... j'avais une, j'avais fait un stage avec une médecin qui avait son ordinateur et son logiciel dessus qu'elle pouvait vraiment, elle avait une version du logiciel portable qu'elle pouvait transporter du coup d'un, chez les patients... ça je trouvais bien parce que sinon on a quand même beaucoup de manque d'information quand on va euh... On manque beaucoup d'informations souvent quand on va à domicile. Donc d'avoir oui une version portable de son logiciel ça me paraît quand même important pour avoir accès aux bios et tout ça... Et puis que les, les infirmières et la famille soient assez, assez actives autour du patient.

I : Pour les freins liés au médecin, voudriez vous être davantage formé à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E10 : Oui ben j'aimerais bien parce que euh... je pense que c'est important de se former et il y a certainement des choses que, que je sais pas pour... pour les traitements donc oui j'aimerais bien.

I : Comment ?

E10 : Ben c'est quand même bien d'avoir quelqu'un qui explique donc le mieux ça serait d'avoir... de faire ça dans des séminaires de, de DPC quoi.

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique (concernant l'insuffisance cardiaque) ?

E10 : Pour moi ou pour le patient ?

I : Les deux.

E10 : Ben je pense que pour moi euh... ça serait bien parce que j'ai pas forcément de, de... tout ce qui est entretien motivationnel tout ça je suis pas très calée parce qu'on est peu formés quand on est, quand on est étudiants donc je pense que ça serait, ça serait bénéfique pour, pour éduquer euh pour être capable d'éduquer les patients. Et pour les patients ben c'est, c'est essentiel pour toute la prise en charge médicamenteuse et euh... non médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque pour qu'ils soient vraiment capables de gérer leur, euh... comprendre, gérer leurs traitements et savoir quand, quand consulter ou pas.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient ?

E10 : Ben ça... (rires). De savoir quand consulter ou pas, de, de comprendre mieux sa, sa maladie et de mieux, de mieux la vivre.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E10 : Non

## **Entretien individuel n°11**

I : Quel est votre contingent approximatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

E11 : Euh.... Difficile à dire, je dirais oh... une petite vingtaine....

I : Sur combien de patients à peu près ?

E11 : Sur sept cent à peu près.

I : Est ce que c'est une pathologie avec laquelle vous vous sentez à l'aise ?

E11: Euh ouais plutôt à l'aise ouais.

I : Pensez peut être en exemple à quelques uns de vos patients insuffisants cardiaques, pouvez vous nous parler d'un qui vous vient spontanément, vous a marqué, posé des difficultés ?

E11: Euh.... pfff... oui j'en avais une qui était insuffisante cardiaque une patiente âgée, mais euh... c'était une patiente qui était tri tronculaire qu'on pouvait pas stenter qui avait quatre vingt quinze ans et du coup qui avait des douleurs thoraciques avec parfois des décompensations cardiaques donc on gérait un peu comme ça au domicile mais de toute façon a part gérer la symptomatologie on pouvait pas faire grand chose parce qu'on pouvait pas l'opérer et pas lui mettre de stents donc bon.... Finalement on arrivait à gérer mais c'est vrai qu'il y avait beaucoup d'aller retour avec l'hôpital.

I : Concernant les freins liés au réseau de soins. Quel est votre ressenti concernant la communication entre cardiologues qu'ils soient hospitaliers, libéraux et vous même en tant que médecin généraliste ?

E11 : Euh.... Ben... je dirais qu'elle est plutôt bonne, que si on a besoin quand même on arrive plutôt facilement à joindre les cardios de... ville cardio libéral avec qui on travaille que ça soit par mail si c'est pour un avis ou par téléphone pour quelque chose d'un peu plus urgent, après avec l'hôpital c'est plus compliqué, ça dépend un peu la structure dans laquelle on appelle et puis euh.... Sinon non ça va a peu près ouais.

I : Comment pourrait elle être améliorée selon vous ? Que cela soit la communication ou l'accessibilité ?

E11 : Euh... toutou toutou... ben déjà avoir une boîte mail dédiée c'est plutôt pas mal parce que ça facilite les échanges d'avoir les coordonnées des euh... des cardiologues libéraux avec qui on travaille et peut être pareil avec l'hôpital d'avoir une ligne directe dédiée où on peut tomber vraiment sur le médecin qui s'en occupe sans passer par le standard... tout ça tout ça.

I : Quel est votre ressenti vis à vis du réseau RESIC ?

E11 : Alors réseau RESIC ben... je connais mais j'ai pas de patient dans le réseau RESIC donc après comme ça je pourrais pas dire grand chose à part le fait que je comprends pas qui est inclus qui n'est pas inclus et que j'ai l'impression que les cardios de ville euh... c'est pas eux qui vont inclure j'ai l'impression que ça passe vraiment plus par le CHU même que par les autres structures hospitalières donc euh... ben ...c'est vraiment plutôt centré CHU...

voilà... Et que après je comprends pas les critères d'inclusion enfin je sais pas les critères d'inclusion d'exclusion du... des patients RESIC.

I : Comment pourrait on le rendre plus performant ?

E11 : Ben si on pouvait généraliser peut être l'inscription de tous les patients au RESIC comme c'est fait dans d'autres réseaux, euh je pense que ça serait plutôt pas mal et puis après adapter euh... et puis après en fonction euh... ouais non plus généraliser l'inscription et puis après peut être aussi un peu euh... ben je sais pas délocaliser le RESIC parce que j'ai l'impression que c'est toujours à l'hôpital et que le patient il doit se déplacer alors que peut être que ça serait plus facile si on pouvait un peu créer des antennes sur le bassin et avoir des permanences dans les antennes du bassin pour pouvoir que les patients soient vus par le réseau pour différentes modalités.

I : Très bien concernant les freins liés aux patients. Dans l'adaptation des traitements notamment des doses, vos confrères évoquaient des difficultés liées au risque de iatrogénie majorée chez les patients très âgés, qu'en pensez vous ?

E11 : Ben c'est vrai que chez les personnes âgées y a de la iatrogénie mais en même temps ils sont toujours un peu hum polypathologiques alors du coup pfff... ben on essaie de (rires) de faire comme on peut mais euh... c'est vrai que c'est... c'est toujours un peu plus difficile que chez un patient qui est plus jeune sans problèmes sans autre problèmes parce que du coup on est un peu obligés de jongler avec toutes les... tous les autres problèmes de la personne âgée... avec son insuffisance rénale euh.. les risques de surdosage, de choses comme ça qui sont plus euh... plus fréquents.

I : Que proposeriez vous pour limiter cela ?

E11 : Hmm... qu'ils soient moins polypathologiques (rires) non mais peut être que du coup il faudrait surtout arriver à... à stabiliser les autres pathos pathologies et puis... Pour pouvoir après euh... manoeuvrer les traitements plus facilement, et puis euh... et puis euh... bon quand je sais pas j'appelle le cardiologue pour qu'il me donne son avis et puis il me dit jusqu'où je peux aller.

I : Que pensez vous de l'adhésion et de l'observance des traitements par vos patients ?

E11 : Bonne question... euh... (rires) je dirais plutôt bonne mais en même temps je leur demande jamais donc euh... c'est une réponse très euh théorique (rires) mais je pense que... il y a certains patients qui diront qu'ils le prennent pas et d'autres je le saurais jamais si je le demande pas.

I : Comment envisageriez vous de l'améliorer ?

E11 : Ben je pense que rég...ben déjà régulièrement faudrait peut être qu'on leur pose la question peut être une fois par... enfin leur poser la question pour savoir si ils le prennent ou pas, et puis euh... je pense qu'en éduquant un peu le patient ça permettrait euh... de leur expliquer l'intérêt du traitement et donc du coup euh si l'observance et l'adhésion est pas bonne qu'elle soit améliorée par l'éducation... par une éducation du patient quoi.

I : Quelle est votre ressenti concernant la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD ou des patients vus à domicile ?

E11 : Euh... en EHPAD euh... boh en EHPAD euh.. ça va à peu près j'ai l'impression qu'on peut avoir quand même des informations euh... assez facilement avec les infirmières... euh ...quoi que ça dépend un peu des EHPAD, et pour les patients vus à domicile ben ça dépend un peu l'environnement qu'il a autour de lui j'ai l'impression que... genre pour le poids suivant les infirmières des fois on arrive quand même à bien gérer les choses et des fois le patient il est un peu laissé à lui même et là c'est un peu plus la galère quoi... Et c'est quand même je trouve un peu plus... compliqué de faire des visites a domicile parce que ça prend quand même beaucoup de temps et que finalement euh... ça serait quand même des fois plus facile de faire ça au cabinet que de les voir à domicile quoi.

I : Comment envisageriez vous d' améliorer cela ?

E11 : Ben... je pense que comme souvent c'est des patients qui sont plus fragiles peut être avoir un réseau autour du patient plus performant avec des signes de surveillance clinique bien plus euh... enfin une surveillance clinique un peu plus accrue avec les infirmières et euh... Et déjà et qu'on puisse des fois être alerté un peu plus tôt parce que des fois j'ai l'impression que.... On le sait au bout d'une semaine et demi quoi et que...qu'après c'est plus compliqué a gérer.

I : La dernière partie les freins liés aux médecins. Voudriez vous être davantage formés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ?

E11 : Euh... ben oui c'est bien d'être formé après euh... j'ai l'impression que... sur ce sujet là ça va à peu près mais bon après faudrait être formé à plein de choses hein, médecin généraliste, mais je pense que c'est quand même une pathologie où... où faut être à l'aise parce que ça arrive quand même souvent et que c'est nous qui devons gérer ça quoi... souvent...

I : Comment vous voudriez être formé ?

E11 : Ben soit euh... sur un ou deux jours via des formations un peu FMC, soit euh sur un condensé de soirées euh... sur une soirée un peu thématique une ou deux heures quoi, grand maximum.

I : Que pensez vous d'une formation à l'éducation thérapeutique pour vous et pour le patient ?

E11 : Alors... pour moi je pense que c'est intéressant mais qu'après la mise en pratique je pense que c'est pas forcément à nous de la faire on a quand même déjà pas mal d'autres trucs a gérer je pense que ça serait mieux que ça soit fait par d'autres professionnels de santé que nous euh... et pour les patients ben ça serait bénéfique parce qu'ils pourraient connaître l'intérêt de leur traitement, ou à anticiper un peu les situations à risque pouvoir adapter leur traitement en fonction de diverses choses notamment climatiques, liées à des problèmes de, de virus l'hiver des choses comme ça donc on serait beaucoup moins embêté et il serait beaucoup plus a même de gérer ça tout seul.

I : Selon vous que cela apporterait-il au patient du coup ?

E11 : Ben déjà il serait plus autonome, moins dépendant, et je pense qu'il pourrait diminuer ces épisodes un peu où il est moins bien dans sa vie et donc du coup euh... et donc du coup euh être plus autonome et mieux gérer sa maladie.

I : Avez vous d'autres éléments à apporter ?

E11 : Et ben oui je pense pour l'éducation thérapeutique je pense qu'il faut que ça soit fait par des infirmières type ASALEE parce que les patients ils viendraient plus facilement parce qu'ils sont au cabinet ils connaissent, ils connaissent la secrétaire et donc du coup ils viendraient et je pense que beaucoup plus facilement que si il fallait aller sur Grenoble ou dans d'autres endroits où ils connaissent beaucoup moins bien.