



**HAL**  
open science

# Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ornais concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ?

Lucie Sauvé

## ► To cite this version:

Lucie Sauvé. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ornais concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02304837

**HAL Id: dumas-02304837**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02304837>**

Submitted on 3 Oct 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----  
FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 3 avril 2019

par

Mme Lucie SAUVÉ

Née le 18 décembre 1989 à Vire (Calvados)

TITRE DE LA THÈSE :

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes normands concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ?

**Président :** Monsieur le Professeur MILLIEZ Paul-Ursmar

**Membres :** Monsieur le Professeur LAUNOY Guy

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame le Docteur AULANIER Sylvie « Directrice de thèse »

Monsieur le Docteur VIARMÉ Paul-Eric

**Année Universitaire 2018/2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

**Année Universitaire 2018 / 2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

<b>M.</b>	<b>TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme</b>	<b>ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>LE BAS François (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale

## REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Aulanier. Merci pour votre aide dans ce travail, me guider n'aura pas été facile, et aura nécessité beaucoup de patience !

A Monsieur le Professeur Milliez. Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Launoy. Je vous remercie de vous intéresser à mon travail en participant à ce jury.

A Monsieur le Docteur Sainmont. Merci d'avoir accepté de participer à cette soutenance.

A Monsieur le Docteur Viarmé. Je suis heureuse de votre présence dans ce jury. Un grand merci pour votre pédagogie, mon stage d'interne dans votre service m'a beaucoup appris, et j'utilise encore ces connaissances dans ma pratique quotidienne.

A tous les praticiens ayant accepté de consacrer leur temps précieux pour répondre à mes questions et discuter de leur pratique. Vous avez tous parlé avec passion de votre métier.

A Soraya. Merci pour ton soutien sans faille, ton aide précieuse et toutes ces bêtises racontées au déjeuner.

A Didi. Ma jumelle préférée, mon « gars sûr » depuis le début, toujours à mes côtés, toujours dans les fous rires incontrôlés et toujours dans les expéditions automobiles incertaines... Merci pour ton aide, et tout le reste. Ich liebe dich !

A Damien et Magali, pour le travail que je vous ai infligé ! Merci surtout pour les 6 mois de stage d'initiation oeno-médicale, la chaleur de votre foyer et de votre accueil m'ont permis de tenir le coup.

Aux membres du cabinet médical de Tinchebray. Merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant, travailler avec vous est un plaisir !

A l'équipe de gastro-pneumo de l'hôpital de Vire. Merci pour votre investissement, votre complicité et votre bonne humeur (merci aussi pour les gâteaux et les rouleaux de printemps). J'adore travailler avec vous, même quand je ronchonne !

A Yannick. Merci d'avoir enduré avec moi les moments difficiles de cette formation professionnelle, et de m'accompagner tous les jours. Je t'aime.

Merci à mes parents, à toute ma famille et belle-famille : pour vos nombreuses attentions et votre soutien.

A la mémoire de mon père et de Sylvie. Vous me manquez.



## LISTE DES ABREVIATIONS

AINS: anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANP: atrial natriuretic peptique

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARA II: antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II

BAV: bloc auriculo-ventriculaire

BNP: brain natriuretic peptide

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

DFG: débit de filtration glomérulaire

ECG: électrocardiogramme

ETP : éducation thérapeutique du patient

FEVG: fraction d'éjection du ventricule gauche

HAS : Haute autorité de santé

HTA: hypertension artérielle

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IC: insuffisance cardiaque

IDE : infirmier diplômé d'état

IEC: inhibiteur de l'enzyme de conversion

IMC: indice de masse corporelle

INPES: institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MMS: mini mental status

NYHA: New York Heart Association

PPS: plan personnalisé de santé

SNS: système nerveux sympathique

SRAA: système rénine-angiotensine-aldostérone

VG: ventricule gauche

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	6
ETAT DES CONNAISSANCES .....	7
I.  Epidémiologie et coût de l'insuffisance cardiaque chronique .....	7
1)  En France .....	7
2)  En Basse Normandie.....	7
II.  Définition de l'insuffisance cardiaque systolique.....	8
1)  Clinique.....	8
2)  Paraclinique .....	8
3)  Classification.....	9
III.  Physiopathologie .....	9
1)  Etiologies et notion de dommage initial .....	9
2)  Activation neuro-hormonale .....	10
A.  Activation du SRAA.....	10
B.  Activation du système nerveux sympathique (SNS).....	10
C.  Sécrétion des peptides natriurétiques .....	11
3)  Remodelage du ventricule gauche .....	11
4)  Implication clinique .....	12
IV.  Rappel des recommandations de prise en charge thérapeutique selon l'HAS 2014.....	12
1)  Place du médecin généraliste dans la prise en charge thérapeutique .....	12
2)  Education thérapeutique du patient.....	13
3)  Prise en charge non pharmacologique.....	14
A.  Vaccinations .....	14
B.  Facteurs de risque cardio-vasculaire .....	14
C.  Régime hyposodé .....	14
D.  Activité physique .....	14
E.  Réadaptation cardiaque .....	15
F.  Traitements à éviter .....	15
4)  Traitement pharmacologique.....	15
A.  Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) .....	15
B.  Bêtabloquants .....	16
C.  Antagonistes des récepteurs de l'aldostérone.....	17
D.  Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II .....	18
E.  Digoxine .....	19
5)  Traitement des comorbidités .....	19

6) Particularités chez le sujet âgé .....	21
7) Soins palliatifs.....	21
8) Actualisation des recommandations en 2014 : le plan personnalisé de soins.....	22
V. Les différentes sources de recommandations à disposition du médecin généraliste .....	22
1) Haute Autorité de Santé (HAS).....	22
2) European Society of Cardiology (ESC) .....	23
3) Société française de Cardiologie (SFC) .....	23
4) Assurance Maladie .....	23
5) Vidal.....	23
6) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) .....	24
7) Laboratoires.....	24
8) Littérature scientifique .....	24
VI. Suivi des recommandations en pratique.....	24
MATERIEL ET METHODE.....	26
I. Choix du thème et de la question .....	26
1) Le thème de l'insuffisance cardiaque .....	26
2) Naissance de la question de recherche.....	26
II. Choix de l'étude qualitative et de l'entretien semi-dirigé .....	26
III. Choix de l'échantillon .....	27
IV. Hypothèses diagnostiques .....	27
V. Déroulement de l'enquête .....	28
VI. Méthodes de l'analyse .....	28
1) Retranscription.....	28
2) Analyse du corpus .....	28
3) Analyse thématique et constitution de l'arbre thématique .....	28
RESULTATS.....	30
I. Profils des praticiens interviewés.....	30
II. Résultats : arbre thématique.....	30
1) Des difficultés intrinsèquement liées à la pratique professionnelle des médecins généralistes .....	30
A. S'informer et se former : recommandations et mise à jour des connaissances .....	30
Place des recommandations .....	30
Formation continue.....	33
B. Au quotidien, en pratique clinique.....	35
Une prise en charge globale du patient insuffisant cardiaque .....	35
Manipulation des traitements.....	38

Transmission des connaissances .....	42
C. Les limites de leur spécialité de Médecine Générale.....	45
Principes et valeurs déterminant les actions du médecin généraliste.....	45
Limites du médecin généraliste.....	48
Doutes et remises en question du médecin généraliste.....	53
2) Des difficultés extrinsèques influant le médecin généraliste.....	55
A. Dans sa relation avec son patient.....	55
Pour rendre le patient acteur de sa prise en charge.....	55
Les déterminants de la triade médecin/patient/entourage .....	58
La nécessité de s'adapter au patient.....	60
B. La multidisciplinarité comme support, limitée par la désertification médicale.....	63
Une prise en charge multidisciplinaire .....	63
La difficile mise à disposition des moyens .....	70
Une zone de désertification médicale.....	73
ANALYSE DES RESULTATS.....	75
I. La remise en question des médecins comme moteur de modification des pratiques .....	75
1) Les doutes et questionnements des généralistes .....	75
2) La prise de risque.....	76
3) L'apprentissage des erreurs et la modification des pratiques .....	76
4) Une volonté d'améliorer la prise en charge par la multidisciplinarité.....	77
II. Les recommandations générales comme point de départ d'une prise en charge individuelle du patient .....	78
1) L'adaptation des recommandations au terrain.....	78
2) L'adaptation des recommandations au patient .....	79
3) Valeurs et pratiques des généralistes .....	80
4) L'influence de la relation médecin-malade.....	81
5) Au final : une prise en charge centrée sur le patient .....	82
III. La contrainte du temps comme facteur altérant la qualité de la prise en charge.....	82
1) La consultation : une multitude de fonctions et d'objectifs .....	82
2) La charge de travail annexe à la consultation .....	83
3) Le manque de temps source de frustration .....	84
4) Les conséquences sur la qualité des soins .....	84
IV. La prise en charge multidisciplinaire en pratique .....	85
1) Une volonté des médecins généralistes.....	85
2) Une coopération difficile avec les réseaux de prise en charge .....	85
3) Difficultés de coopération avec les cardiologues.....	86

4) Les réseaux de soignants de proximité comme alternative efficace .....	87
DISCUSSION .....	89
I. Rappel de la question de recherche et principaux résultats .....	89
II. Forces et faiblesses de ce travail .....	89
1) Forces .....	89
2) Faiblesses.....	89
III. Comparaison avec la bibliographie .....	90
1) La remise en question comme moteur de modification des pratiques .....	90
A. L'insuffisante transmission des connaissances .....	90
B. Une conscience de leur manque de formation à l'ETP .....	90
2) Recommandations générales comme point de départ à une prise en charge individuelle..	91
A. Point de vue des généralistes sur les recommandations .....	91
B. Les facteurs influençant la prescription médicamenteuse .....	92
C. Prescription des AINS .....	93
D. Problème de l'observance .....	93
3) Contrainte du temps et conséquences sur la qualité des soins .....	94
A. Pour la transmission des connaissances et l'ETP .....	94
B. Pour la prescription médicamenteuse et sa surveillance.....	94
C. La démographie des médecins généralistes en Basse-Normandie .....	95
4) Difficultés de la prise en charge multidisciplinaire.....	95
A. Difficultés de communication avec l'hôpital .....	95
B. Accès au cardiologue et démographie en Basse-Normandie.....	96
C. Difficultés de communication avec l'ERET .....	97
CONCLUSION .....	98
BIBLIOGRAPHIE.....	100
ANNEXES.....	107

## INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque chronique est définie par l'association de symptômes et de signes cliniques liés à une anomalie structurelle ou fonctionnelle cardiaque.

Il s'agit d'une affection fréquente en France, sa prévalence atteignant 2 à 3% de la population générale [1]. Selon l'étude du réseau Sentinelle, cette prévalence augmente à 10.3% des patients de plus de 60 ans consultant en médecine générale [2]. La morbidité de cette maladie chronique est très élevée : en 2008, environ 146900 personnes ont été hospitalisées pour insuffisance cardiaque. Il s'agissait de patients de plus de 65 ans dans 90 % des cas. Dans l'ancienne région Basse-Normandie, la prévalence de cette pathologie est plus élevée par rapport à la moyenne nationale, de même que le taux d'hospitalisation [3]. La DREES fait également état d'une mortalité accrue par insuffisance cardiaque en Basse-Normandie comparée à la moyenne nationale : le taux de décès y est de 20.1/100000 habitants, taux supérieur de 13% à la moyenne de la France métropolitaine.

Cette affection chronique constitue un enjeu majeur de santé publique par sa fréquence, sa morbi-mortalité mais également son coût. En 2007, les remboursements de la CNAM pour les patients en ALD au titre de l'insuffisance cardiaque s'élèvent à 1,6 milliard d'euros dont 63,4% liés aux hospitalisations. La loi de santé publique de 2004 a donc pour objectif de diminuer la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque [1].

D'après la CPAM, de nombreuses hospitalisations peuvent être évitées par une meilleure application des recommandations de prise en charge et par l'amélioration de l'observance des règles hygiéno-diététiques. Dans ce but, les recommandations de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique systolique sont établies par les sociétés savantes et diffusées aux professionnels de santé.

Les médecins généralistes ont donc un rôle central dans l'atteinte de cet objectif. Plusieurs études se sont intéressées à leur application des recommandations de prise en charge médicamenteuse : l'étude IMPROVEMENT ou le réseau SENTINELLE [2] [4]. Toutes ont conclu à une prescription non optimale de ces traitements de l'insuffisance cardiaque chronique. En revanche, très peu ont évalué l'aspect non médicamenteux de la prise en charge. La cohorte ODIN s'y est attachée, mais sur un échantillon de médecins généralistes participant à un programme d'ETP. Elle montre malgré tout une pratique de l'ETP limitée par le temps et l'organisation des soins [5].

Nous avons donc souhaité comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'application des recommandations de prise en charge, pour tenter d'expliquer ces résultats. C'est en identifiant ces difficultés que l'on pourra tenter d'y trouver des solutions, afin d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Tout d'abord, nous ferons un état des lieux des connaissances, puis nous présenterons l'étude qualitative réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes ornaïsiens.

## ETAT DES CONNAISSANCES

### I. Epidémiologie et coût de l'insuffisance cardiaque chronique

#### 1) En France

L'insuffisance cardiaque chronique est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale ambulatoire. L'extrapolation des résultats de l'enquête réalisée par le réseau Sentinelle en 2002 permet d'estimer sa prévalence à 2,2% de la population générale en France, et 10,3 % chez les sujets de plus de 60 ans consultant en médecine générale [2]. En 2008 sa prévalence était estimée à environ 2 à 3% de la population générale [1].

En 2008, environ 146900 personnes ont été hospitalisées pour insuffisance cardiaque, soit un taux de 177/100000 habitants. Ces hospitalisations concernent des patients de plus de 65 ans dans environ 90% des cas. Les taux de réhospitalisation sont également problématiques. Une étude observationnelle nationale réalisée en 2009 par Tuppin et al. a suivi pendant 2 ans des patients initialement hospitalisés pour insuffisance cardiaque : à 2 ans, le taux de réhospitalisation s'élevait à 69% dont 24% pour décompensation cardiaque [6]. On observe une augmentation du taux de réhospitalisation de 25% entre 1997 et 2008, probablement en lien avec le vieillissement de la population [1].

Pour ce qui est de la mortalité, on dénombre en 2008 environ 21700 décès liés à l'insuffisance cardiaque en France [1]. Contrairement aux hospitalisations, le taux de décès diminue d'environ 30% entre 2000 et 2010. L'hypothèse avancée par Gabet A et al. est l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des pathologies à l'origine de l'insuffisance cardiaque [7]. Le pronostic de cette pathologie reste pourtant péjoratif ; dans l'étude de Tuppin et al, la survie à 2 ans après hospitalisation pour insuffisance cardiaque est de 60% [6].

Cette affection chronique constitue donc un enjeu majeur de santé publique par sa fréquence, sa morbi-mortalité mais également son coût. En effet, on estime qu'elle représente environ 1% des dépenses totales de santé [8]. En 2007, les remboursements de la CNAM pour les patients étant en ALD pour insuffisance cardiaque chronique s'élèvent à 1,6milliard € dont 63,4% liés aux hospitalisations. La pharmacie et les actes d'auxiliaires médicaux ne représentent respectivement que 12,8% et 8,5% des dépenses de la CNAM pour ces patients. Dans le contexte actuel de réduction des dépenses de santé, la diminution du nombre d'hospitalisations semble être une priorité. C'est pourquoi la loi de santé publique de 2004 a pour objectif de diminuer la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque [1].

D'après la CPAM, une part importante de ces hospitalisations pourrait être évitée par la mise en place de traitements conformes aux recommandations et par l'amélioration de l'observance des règles hygiéno-diététiques.

#### 2) En Basse Normandie

On retrouve dans les études des disparités régionales concernant l'insuffisance cardiaque chronique.

La fréquence de cette pathologie en Basse- Normandie se situe entre 700 et 750/100000 habitants, pour un taux d'environ 650/100000 habitants à l'échelle nationale [3].

Le taux d'hospitalisation est plus élevé en Basse-Normandie, Picardie et Nord-pas-de-Calais que dans le reste de la France (plus de 250/100000 habitants), probablement en lien avec une morbi-mortalité cardio-vasculaire plus élevée. En effet, ce taux est majoré de 20% par rapport au taux en France métropolitaine [3] [1].

La Basse-Normandie présente également une situation défavorable en ce qui concerne la mortalité par insuffisance cardiaque [9]. En 2008, on dénombre 639 décès dus à cette affection, dont 18 chez des patients de moins de 65 ans. Le taux de décès est donc de 20.1/100000 habitants soit 13% de plus que la moyenne en France métropolitaine [1].

## II. Définition de l'insuffisance cardiaque systolique

La définition de l'insuffisance cardiaque par l'European Society of Cardiology (ESC) a été reprise par l'HAS dans les dernières recommandations de juin 2014. Il s'agit de l'association de symptômes et de signes cliniques caractéristiques de l'insuffisance cardiaque, complétés par la preuve objective d'une anomalie fonctionnelle ou structurelle [10] [11].

### 1) Clinique

Les signes cliniques sont les suivants :

- Dyspnée
- Asthénie, cachexie
- Tachycardie
- Signes d'insuffisance cardiaque gauche : râles crépitants pulmonaires, épanchement pleural, orthopnée
- Signes d'insuffisance cardiaque droite : turgescence jugulaire, hépatomégalie, œdèmes périphériques

L'examen clinique doit être complété par des examens complémentaires pour parvenir au diagnostic.

### 2) Paraclinique

La preuve objective d'une atteinte structurelle ou fonctionnelle s'établit principalement à l'aide de l'échocardiographie, mais également l'électrocardiogramme, la radiographie thoracique et le dosage des BNP [10] [11].

L'échocardiographie définit la FEVG. Si celle-ci est inférieure à <50%, il s'agit d'une insuffisance cardiaque systolique, en revanche si la FEVG est supérieure à 50%, on parle d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP). Dans le premier cas, le mécanisme de l'insuffisance cardiaque est une altération de la vidange du ventricule gauche et sa prise en charge fait l'objet de recommandations guidées par les essais thérapeutiques. L'ICFEP quant à elle, résulte d'un trouble de relaxation du ventricule gauche, et sa prise en charge est mal codifiée.

Nous ne traiterons dans ce travail que de l'insuffisance cardiaque systolique.



### 3) Classification

Selon l'HAS, la sévérité de l'insuffisance cardiaque est appréciée par la classification de la New York Heart Association (NYHA), témoignant plus de la qualité de vie du patient que de sa FEVG. Les 4 stades de la NYHA sont les suivants [11] :

- Stade I : asymptomatique, pas de limitation des activités
- Stade II : limitation modeste des activités physiques ordinaires
- Stade III : réduction marquée de l'activité physique : symptômes apparaissant pour une activité physique moindre qu'à l'accoutumée
- Stade IV : symptômes présents même au repos

Cette classification sert de base à la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque systolique, c'est pourquoi il est essentiel de l'évaluer régulièrement.

## III. **Physiopathologie**

Plusieurs théories se sont succédées pour tenter de comprendre la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque systolique. La première, la théorie cardio-rénale a permis d'expliquer la rétention hydro-sodée. Puis a émergée la théorie hémodynamique, décrivant l'altération du débit cardiaque et la vasoconstriction excessive. Cependant, aucune de ces théories n'explique la progression continue de la maladie. La théorie biomécanique est actuellement la plus communément admise : elle explique la progression de la maladie par des phénomènes neuro-hormonaux associés à un remodelage ventriculaire gauche [12].

### 1) Etiologies et notion de dommage initial

La physiopathologie de l'insuffisance cardiaque systolique débute par un dommage initial, induisant une augmentation du travail chronique puis une altération de la fonction cardiaque. Le dommage initial peut lui-même altérer directement la contractilité du myocarde (infarctus par exemple). L'augmentation du travail chronique peut se traduire de deux façons différentes [13] :

- soit une augmentation volumique du VG et donc de la précharge (insuffisance mitrale par exemple), conduisant à une dilatation du VG, et, selon la loi de Frank-Starling, à une augmentation de la force de contraction par étirement des fibres musculaires cardiaques.

- soit une augmentation de la post-charge (HTA ou rétrécissement aortique par exemple) conduisant à une hypertrophie du VG, qui, selon la loi de Laplace, permet d'équilibrer le stress pariétal du ventricule (Loi de Laplace : tension pariétale = pression VG x rayon VG / épaisseur pariétale).

L'évènement initial, qu'il soit brutal ou progressif, engendre une cascade de mécanismes adaptatifs. Au départ, ces systèmes compensent la dysfonction myocardique et préservent l'hémodynamique, mais leur effet à long terme est délétère sur la structure myocardique et ses performances, faisant progresser l'insuffisance cardiaque.

Les étiologies de ce dommage initial et donc de l'insuffisance cardiaque chronique sont les suivantes [14]:

- Cardiopathie ischémique
- Valvulopathies aortique et mitrale principalement
- Hypertension artérielle
- Cardiopathies rythmiques (troubles de conduction et du rythme)
- Pneumopathies chroniques
- Cardiomyopathies et myocardites
- Cardiopathies congénitales
- Pathologies du péricarde
- Hypervolémie (insuffisance rénale, iatrogénie...)
- Etat à haut débit (anémie, hyperthyroïdie, fistule AV...)

## 2) Activation neuro-hormonale

L'altération du débit cardiaque suite au dommage initial crée une augmentation de la pré-charge et une diminution de la post-charge. Des mécanismes neuro-hormonaux visant à maintenir un débit cardiaque suffisant sont donc activés [13]. Il s'agit principalement du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), et du système sympathique, mais beaucoup d'autres molécules entrent en jeu, notamment les peptides natriurétiques, les endothélines, le système arginine-vasopressine, les cytokines, etc [15].

### A. Activation du SRAA

La dysfonction du VG induit une hypovolémie artérielle relative donc une diminution du débit de filtration glomérulaire (diminution de la post-charge). Cela stimule la synthèse de rénine par l'appareil juxta-glomérulaire, rénine qui transforme l'angiotensinogène en angiotensine I. L'enzyme de conversion de l'angiotensine, fabriquée principalement au niveau pulmonaire, transforme l'angiotensine I en angiotensine II. L'angiotensine II provoque:

- une vasoconstriction pour augmenter la pression artérielle et le DFG,
- une sécrétion d'aldostérone qui favorise également la vasoconstriction, mais aussi la rétention hydrosodée, provoquant les signes congestifs chez l'insuffisant cardiaque,
- une fibrose cardiaque et rénale, en agissant sur un deuxième type de récepteurs [16].

### B. Activation du système nerveux sympathique (SNS)

Dans l'insuffisance cardiaque, l'hyperactivité du SNS est corrélée à une anomalie de fonctionnement des réflexes cardio-vasculaires (baro-récepteurs et chemo-récepteurs) secondaire à la baisse de pression artérielle. Elle serait également liée à un rétrocontrôle positif de l'angiotensine II sur le SNS au niveau central. La stimulation du SNS a [17] :

- un effet chronotrope et inotrope positif (augmentation du pouls et de la contractilité du myocarde) en agissant sur les récepteurs beta, qui augmente à long terme le travail cardiaque et la consommation d'oxygène,
- un effet vasoconstricteur périphérique par l'intermédiaire des récepteurs alpha, augmentant la pré-charge et la post-charge,
- un effet pro-arythmogène.

La stimulation chronique du SNS crée également des altérations fonctionnelles et structurelles des cardiomyocytes et de l'interstitium et donc un remodelage du VG (dilatation). L'effet global est donc négatif, accélérant la progression de l'insuffisance cardiaque [18].

### C. Sécrétion des peptides natriurétiques

Il existe 2 types de peptides natriurétiques: l'ANP sécrété par les oreillettes et le BNP sécrété par les ventricules. Le facteur fondamental de la sécrétion des peptides natriurétiques est l'étirement des myocytes ventriculaires. Ils agissent dans le sens opposé aux autres systèmes neuro-hormonaux :

- ils agissent sur le SRAA pour augmenter la natriurèse et la vasodilatation,
- ils agissent sur le SNS pour favoriser la vasodilatation (baisse de la post-charge),
- ils augmentent la perméabilité vasculaire, faisant baisser la volémie et donc la pré-charge et la post-charge.

Le BNP a une importance clinique du fait de sa corrélation directe avec l'hypertrophie du VG et avec l'altération de la fonction systolique du VG [17].

### 3) Remodelage du ventricule gauche

Le remodelage ventriculaire s'effectue à plusieurs niveaux : celui du myocyte, celui du myocarde, pour finir par la géométrie du VG [12]. Ces modifications sont liées à des phénomènes mécaniques (augmentation de la pré et la post-charge, cardiopathie initiale) et neuro-hormonaux (SRAA, SNS, etc.).

A l'échelle cellulaire, on observe une hypertrophie du myocyte, une modification des chaînes de myosine et une perte de myofibrilles, ainsi qu'une altération du cytosquelette. Il existe également une altération du couplage excitation-contraction et une désensibilisation aux stimulations beta-adrénergiques. Il s'agit, à l'origine, de modifications de l'expression des gènes codant pour ces protéines, sous l'influence neuro-hormonale. Ces changements amènent à un défaut de contractilité du myocyte.

A l'échelle du myocarde, l'activation neuro-hormonale chronique entraîne une apoptose et une nécrose des myocytes. La matrice extracellulaire est également atteinte : elle subit une fibrose péri-vasculaire favorisée par angiotensine II, l'endothéline et l'aldostérone, puis une dégradation de cette fibrose par des enzymes collagénolytiques. Ces phénomènes peuvent être aggravés par la cardiopathie sous-jacente (infarctus myocardique par exemple). On voit alors un remodelage et un amincissement de la paroi du VG, modifiant l'équilibre représenté par la loi de Franck-Starling. Les changements à l'échelle du myocarde semblent irréversibles [12].

La géométrie du VG est également modifiée, ajoutant des facteurs mécaniques de progression de la maladie. En effet, la dilatation et l'amincissement de la paroi du VG s'accompagnent d'une augmentation de sa sphéricité. On peut donc parfois observer une insuffisance mitrale, qui crée une diminution du flux sanguin en aval et une augmentation de la pré-charge du VG. Par ailleurs, les modifications myocardiques favorisent la désynchronisation cardiaque, diminuant encore le débit cardiaque.

#### 4) Implication clinique

La dysfonction du VG apparait donc de façon progressive, initiée par un évènement index qui entraîne une cascade de mécanismes compensateurs. Le patient est donc asymptomatique durant une première phase d'évolution de la maladie, puis, sous l'effet de l'activation neuro-hormonale chronique et du remodelage du VG, devient symptomatique [12]. On observe alors les signes cliniques décrit plus haut, expliqués par :

- Au niveau des cavités cardiaques gauches : une élévation de la pression de l'oreillette gauche et des capillaires pulmonaires. Si la pression capillaire devient supérieure à la pression oncotique, il se produit une exsudation vers les alvéoles pulmonaires expliquant la dyspnée.
- Au niveau des cavités cardiaques droites: une hyperpression dans la veine cave inférieure, à l'origine des œdèmes des membres inférieurs ( $\pm$  épanchements pleuraux et/ou ascite), de la turgescence jugulaire et de l'hépatomégalie.

Fin 1980-début 1990, il devient évident que certaines thérapeutiques (IEC et bêta-bloquants) ralentissent l'évolution naturelle de la dysfonction cardiaque en agissant sur les systèmes neuro-hormonaux, malgré un effet initial semblant délétère sur l'hémodynamique. Ces traitements ont donc progressivement fait leur apparition dans les recommandations de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique systolique.

## **IV. Rappel des recommandations de prise en charge thérapeutique selon l'HAS 2014 (Annexe 1)**

### 1) Place du médecin généraliste dans la prise en charge thérapeutique

Le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique [11]. Il est le coordinateur des soins, qui s'articulent autour de nombreux professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. C'est le médecin généraliste qui recueille les informations nécessaires à une prise en charge multidisciplinaire et adaptée, et les transmet aux autres intervenants si besoin (urgentiste, cardiologue, kinésithérapeute...). Il doit donc être l'interlocuteur privilégié, après le patient lui-même, de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge. De plus, le médecin généraliste est le mieux à même d'avoir une approche globale du patient.

Dans l'actualisation 2014 des recommandations de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique, l'HAS propose pour les patients de plus de 75 ans et ceux dont la prise en charge est complexe, l'élaboration par le médecin généraliste d'un plan personnalisé de santé (PPS). Ce plan a pour but de faciliter la coordination des soins entre les différents soignants.

En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste peut être amené à initier les traitements médicamenteux recommandés dans l'insuffisance cardiaque chronique systolique. Il reconduit ces traitements et les adapte selon les symptômes et signes présentés par le patient, ou selon l'avis du cardiologue. Il a également un rôle majeur dans la prise en charge non médicamenteuse, en particulier dans l'éducation thérapeutique du patient, qu'il poursuit tout au long de la maladie avec les autres professionnels de santé.

La détection et la prise en charge thérapeutique des comorbidités et des facteurs de risque cardiovasculaires est également de la responsabilité du médecin généraliste. En effet, de nombreuses comorbidités (dépression, anémie, insuffisance rénale chronique, troubles cognitifs, etc) ont prouvé

leur impact sur la morbi-mortalité chez les patients insuffisants cardiaques chroniques [19]. Il est donc essentiel de diagnostiquer et traiter les éventuelles pathologies associées. Parallèlement, le médecin généraliste doit s'assurer de l'éviction ou du traitement des facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables.

Par ailleurs le médecin traitant assure la prise en charge sociale en faisant la demande de prise en charge à 100% au titre de l'ALD 5. Cette démarche obligatoire est essentielle pour éliminer le risque d'inobservance lié à des difficultés financières [11].

## 2) Education thérapeutique du patient

De nombreuses études ont montré une efficacité de l'ETP sur la réduction des hospitalisations, peu ont prouvé une réduction de la mortalité [20]. Une meta-analyse a montré une diminution de la mortalité de 17% et des hospitalisations pour insuffisance cardiaque de 43% grâce à l'ETP. On note également une amélioration de la qualité de vie [21]. Ces bénéfices sont liés à une meilleure observance associée à une meilleure reconnaissance des signes de décompensation, c'est pourquoi la pratique de l'ETP est recommandée par l'HAS, et doit être réalisée par tous les soignants intervenant auprès du patient insuffisant cardiaque.

L'ETP se déroule en 4 grandes étapes :

- Le diagnostic éducatif : il fait l'état des lieux des connaissances du patient sur sa maladie, de ses attentes et de ses besoins. Il s'agit également d'identifier les comorbidités, les facteurs de risque cardio-vasculaires, et de dépister d'éventuelles difficultés psychologiques.
- La définition d'objectifs éducatifs : on définit avec le patient les objectifs de l'ETP, en s'adaptant aux données du diagnostic éducatif. Chaque objectif est négocié avec le patient pour favoriser son adhésion au programme d'ETP.
- La programmation des séances : individuelles ou en groupes, par le médecin traitant et/ou les autres professionnels de santé, selon les compétences à acquérir et les souhaits du patient.
- L'évaluation des compétences: à la fin du programme d'ETP, on évalue les connaissances du patient pour apprécier le bénéfice apporté, et compléter selon les besoins.

L'ETP doit apporter au patient la compréhension de sa maladie, de son mécanisme et donc des traitements pharmacologiques qui en découlent. Un des objectifs les plus importants de l'ETP est la reconnaissance par le patient des signes précoces de décompensation (poids, dyspnée), et la conduite à tenir le cas échéant [21]. Les soignants doivent également donner des conseils pour appliquer au quotidien le régime hyposodé et l'activité physique, d'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire avec des diététiciens et des éducateurs sportifs/kinésithérapeutes. Le dépistage et la prise en charge d'un syndrome dépressif associé sont importants pour favoriser l'adhésion du patient au traitement et à l'ETP, d'autant plus que la dépression est un facteur de risque indépendant de mortalité dans cette affection. L'ETP s'adresse aussi à l'entourage du patient, et les séances peuvent inclure les aidants si le patient l'accepte.

Pour faciliter l'ETP à l'échelle locale, un groupe de travail de la SFC a décidé d'élaborer des outils standardisés d'ETP pour l'insuffisance cardiaque : il s'agit du projet I-CARE (soutenu par un laboratoire pharmaceutique), associant cardiologues, IDE et diététiciens, tous spécialisés dans l'ETP et l'insuffisance cardiaque. L'objectif est le développement d'outils simples, conçus pour s'adapter

aux besoins spécifiques de chaque centre, et utilisables en sessions individuelles et collectives. Les outils développés par le programme I-CARE n'enlèvent pas la nécessité d'une formation à l'ETP pour les soignants.

La cohorte ODIN (observatoire d'I-CARE) a permis d'évaluer cet outil: inclusion de 3237 patients, ayant reçu ou non une ETP, et suivis durant 27 mois. Au terme de l'étude, la mortalité toutes causes était de 17,3% dans le groupe ETP versus 31% dans le groupe sans ETP (HR ajusté : 0,70 [IC 95 % : 0,58–0,84] ;  $p < 0,001$ ) [20]. Juillère et al. se sont également appuyés sur cette cohorte ODIN pour montrer une relation indépendante de l'ETP sur la survie à 2 ans [22].

### 3) Prise en charge non pharmacologique

#### A. Vaccinations

La vaccination anti-pneumococcique est recommandée, tout comme la vaccination anti-grippale.

#### B. Facteurs de risque cardio-vasculaire

Dès les premiers stades de l'insuffisance cardiaque, ces facteurs de risque (tabac, obésité, sédentarité) doivent être réduits ou supprimés. Leur prise en charge passe essentiellement par des règles hygiéno-diététiques, et peut entrer dans le cadre de l'ETP. Par ailleurs il est important d'équilibrer un éventuel diabète ou une HTA associés.

#### C. Régime hyposodé

En phase aigüe hospitalière il est plutôt conseillé de limiter la consommation de sel à 2g/jour. En revanche, en situation stable, on peut augmenter à 6g/jour [23]. Il ne faut pas conseiller un régime sans sel strict, surtout chez la personne âgée, qui est plus à risque d'anorexie et d'hyponatrémie ; dans ce cas, il faut plutôt restreindre l'apport hydrique (1,5 à 2L/jour tous liquides confondus). Les principaux aliments à éviter sont en pratique: les plats cuisinés, la charcuterie, les gâteaux apéritifs et certains gâteaux sucrés, les conserves, les sauces, les soupes en brique, et certaines eaux gazeuses (Vichy Célestin, St Yorre), les médicaments effervescents, les produits de la mer, et le fromage. On doit conseiller au patient de cuisiner lui-même, sans ajouter de sel et utiliser d'autres épices pour favoriser l'appétence. L'alcool est déconseillé, ou en petite quantité, car il a un effet inotrope négatif et arythmogène. L'ETP joue un rôle important dans la mise en pratique du régime hyposodé.

Il est important de dépister une dénutrition lors de la prise en charge diététique, car elle est de pronostic péjoratif [24].

#### D. Activité physique

L'activité physique est un élément essentiel de la prise en charge non médicamenteuse du patient insuffisant cardiaque, cependant l'observance des patients à celle-ci est problématique [25]. Plusieurs essais cliniques randomisés, dont HF-ACTION, ont démontré la sécurité de l'entraînement physique et ses effets bénéfiques sur la capacité d'exercice, la symptomatologie fonctionnelle, la survie et la qualité de vie des patients. Dans l'idéal, un programme d'entraînement physique doit

être débuté en centre de réadaptation, associé à un programme d'ETP, et suivi d'une transition vers l'entraînement physique à domicile.

A partir de l'essai HF-ACTION, certains critères ont été corrélés à l'observance à l'activité physique. Dans cette étude, les patients les moins adhérents étaient plutôt des femmes, plus jeunes, avec un IMC plus élevé, une NYHA III ou IV, une moins bonne qualité de vie et un score de dépression plus élevé, ces patients étaient moins souvent en couple, et avaient plus souvent une activité professionnelle. Comparé à ceux adhérant parfaitement à l'entraînement physique, les patients adhérant très peu avaient un risque supérieur d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou de décès de cause cardio-vasculaire ( $p=0,01$  après ajustement) [25].

#### E. Réadaptation cardiaque

L'entraînement physique réalisé au cours d'un programme de réadaptation cardiaque est considéré comme une recommandation de classe I par les sociétés savantes européennes dans l'insuffisance cardiaque systolique. La particularité des centres de réadaptation est de permettre une prise en charge multidisciplinaire combinant un suivi diététique avec ETP, à une prise en charge psychologique et sociale si nécessaire.

#### F. Traitements à éviter

Certains médicaments favorisent les décompensations cardiaques, par différents mécanismes (effet inotrope négatif, rétention hydrosodée, ou acidose métabolique). Le médecin doit particulièrement alerter le patient sur les risques des AINS qui peuvent être pris en automédication, car ceux-ci augmentent la rétention hydro-sodée. Dans une étude rétrospective danoise, 33.9% des 107092 patients inclus avaient reçus un AINS : ces AINS augmentaient le risque de mortalité (sauf pour ibuprofène  $\leq 1200\text{mg/j}$  et naproxène  $\leq 500\text{mg/j}$ ), d'hospitalisation pour infarctus myocardique, et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque [26].

Les autres traitements déconseillés sont : les corticoïdes, la metformine, les inhibiteurs calciques bradycardisants et les antiarythmiques de classe I principalement.

### 4) Traitement pharmacologique

#### A. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Les IEC sont recommandés par l'HAS, en première intention, dès le diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique. A noter que tous les IEC ne sont pas indiqués dans cette pathologie, ceux qui le sont se trouvent en annexe des recommandations de l'HAS. Leur initiation doit être progressive, sous surveillance clinique (pression artérielle, toux) et biologique (fonction rénale, kaliémie). Comme ils sont pourvoyeurs d'insuffisance rénale et d'hyperkaliémie, un contrôle biologique doit être réalisé à chaque changement de posologie. En cas d'intolérance aux IEC, il est possible d'introduire un ARA II à la place.

Les IEC ralentissent la progression de l'insuffisance cardiaque en bloquant le SRAA ; ils inhibent l'enzyme transformant l'angiotensine I en angiotensine II. Plusieurs études ont montré l'efficacité des IEC sur la morbi-mortalité dans l'insuffisance cardiaque chronique systolique, les principales sont les suivantes :

-CONSENSUS [27] : publié en 1987, cet essai randomisé a étudié l'effet de l'énalapril versus placebo sur la mortalité chez 253 patients en insuffisance cardiaque stade IV de la classe NYHA. Une diminution significative de la mortalité à 6 mois (44% dans le groupe placebo contre 26% dans le groupe énalapril, soit une diminution de 40% de mortalité) et à 1 an (52% vs 36%) a été observée sous énalapril. Concernant les causes de décès, il n'a pas été noté de différence d'incidence de mort subite entre les deux groupes mais une réduction de 50% de la mortalité par insuffisance cardiaque progressive. La classe NYHA s'est améliorée chez 42% des patients prenant l'énalapril contre 22% des patients du groupe placebo. Les principaux effets indésirables observés ont été l'hypotension, et l'augmentation de la créatinine et de la kaliémie.

-SOLVD préventif [28]: cette étude randomisée a étudié l'impact sur la mortalité et la progression de l'insuffisance cardiaque de l'énalapril versus placebo, dans une population de 4228 patients ayant une FEVG < 35 % asymptomatique. Elle a montré une réduction de risque de 29% d'insuffisance cardiaque symptomatique ou de décès (38.6% sous placebo contre 29.8% sous énalapril,  $p < 0.001$ ). Significativement moins de patients du groupe énalapril sont décédés ou ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque aggravée (réduction du risque : 20 %;  $p < 0,001$ ).

-SOLVD curatif [29]: publiée en 1991, l'étude s'est intéressée à une population de patients ayant une insuffisance cardiaque symptomatique avec une FEVG < 35 %. 2569 patients recevant le traitement classique pour l'insuffisance cardiaque ont reçu soit le placebo ( $n = 1\ 284$ ) soit l'énalapril ( $n = 1\ 285$ ). Après un suivi moyen de 41.4 mois, il y a eu 510 décès dans le groupe placebo (39,7 %) contre 452 dans le groupe énalapril (35,2 %) (réduction du risque de 16 % ;  $p = 0,0036$ ). Le risque de décès d'origine cardiovasculaire a été réduit de 18% dans l'étude ( $p < 0.002$ ), en raison principalement d'une diminution des décès pour insuffisance cardiaque évolutive (251 dans le groupe placebo vs 209 dans le groupe énalapril, réduction du risque 22 %).

A noter que les 2 études SOLVD ont exclu les patients de plus de 80 ans et les patients avec créatinine supérieure à  $177\mu\text{mol/L}$ .

## B. Bêtabloquants

Cette classe médicamenteuse est indiquée en première intention dans l'insuffisance cardiaque chronique systolique, sauf contre-indication (principalement troubles de conduction non appareillés, bradycardie, trouble ventilatoire obstructif réversible sévère). Les bêtabloquants sont généralement introduits après avoir atteint une posologie stable de l'IEC pour éviter une mauvaise tolérance du traitement. Ils sont progressivement augmentés jusqu'à la posologie cible si possible, sous surveillance clinique (pouls et tension artérielle). Les avis de la commission de transparence précisent que la prescription initiale des bêtabloquants de l'insuffisance cardiaque revient au cardiologue ou au médecin interniste et non au médecin généraliste. Les bêtabloquants ralentissent la progression de la maladie en bloquant le système nerveux sympathique.

De nombreuses études ont montré le bénéfice des bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque, en voici quelques-unes :

-CIBIS II [30]: en 1999, cette étude randomisée évaluait l'impact du bisoprolol sur la mortalité chez 2647 patients en insuffisance cardiaque systolique stable, stade III ou IV de la NYHA. L'étude a été stoppée prématurément après un suivi moyen de 1,3 an, du fait d'une diminution de la mortalité sous bisoprolol par rapport au placebo (11,8% contre 17,3% respectivement,  $p < 0.0001$ ). Il y avait dans le groupe traité par bisoprolol significativement moins de décès pour cause cardiovasculaire ( $p <$



0,0049) et moins d'hospitalisation et/ou décès pour cause cardiovasculaire ( $p < 0,0004$ ) par rapport au placebo. On notait en revanche plus d'AVC et de bradycardie sous bisoprolol ( $p < 0,004$ ).

-MERIT-HF [31]: la même année que CIBIS II est publiée cette étude randomisée évaluant l'effet du metoprolol versus placebo (ajouté aux thérapeutiques standard) sur la mortalité chez 3991 patients en insuffisance cardiaque stable et symptomatique. Elle montrait une baisse de mortalité sous metoprolol par rapport au placebo (RR 0.66, IC 95% [0.53–0.81]). La diminution de la mortalité sous metoprolol concernait les décès d'origine cardiovasculaire (RR 0.62, IC 95% [0.50-0.78]), tant par mort subite (RR 0.59, IC 95% [0.45-0.78]) que par aggravation de l'insuffisance cardiaque (RR 0.51, IC 95% [0.33-0.79]). Le profil de tolérance était comparable dans les deux bras de l'étude.

-CIBIS III [32]: publiée en 2005, CIBIS III a porté sur 1010 patients âgés d'au moins 65 ans, atteints d'insuffisance cardiaque stade II/III de la NYHA, ayant une FEVG  $\leq 35\%$ , et n'ayant reçu antérieurement aucun IEC, bêtabloquant ou ARA II. Les patients ont reçu bisoprolol et énalapril en association, après un traitement initial de 6 mois par soit du bisoprolol, soit de l'énalapril. On a observé une fréquence d'aggravation de l'insuffisance cardiaque plus élevée lorsque le bisoprolol était utilisé lors du traitement initial de 6 mois. A la fin de l'étude, la fréquence du critère primaire composite des décès et hospitalisations était identique dans les 2 groupes. L'étude a montré que le bisoprolol peut aussi être utilisé chez les personnes âgées ayant une insuffisance cardiaque stade II ou III.

-SENIORS [33]: la même année cette étude a évalué l'impact du nébivolol chez 2128 sujets de plus de 70 ans en insuffisance cardiaque systolique. Après un suivi moyen de 21 mois, on a observé un effet bénéfique du nébivolol sur le critère composite principal (mortalité toutes causes et hospitalisation pour cause cardiovasculaire) avec un hazard ratio à 0.86 ( $p=0.039$ ). Parmi les critères secondaires, seul le critère composite hospitalisation pour cause cardiovasculaire et décès de cause cardiovasculaire est significativement diminué dans le groupe nébivolol (HR 0.84,  $p=0.027$ ).

-COMET [34]: seul essai randomisé ayant comparé 2 bêtabloquants (metoprolol et carvedilol), chez 3029 patients en insuffisance cardiaque symptomatique sous IEC et diurétique, suivis en moyenne 58 mois. Les résultats étaient en faveur du carvedilol par rapport au metoprolol, du fait d'une diminution des décès (HR 0.83,  $p=0.0017$ ), d'une diminution des décès d'origine cardiovasculaire (HR 0.80,  $p=0.004$  significatif pour toutes les causes de décès), et d'une diminution du risque d'infarctus du myocarde (HR 0.70,  $p=0.04$ ).

### C. Antagonistes des récepteurs de l'aldostérone

Indiquée en seconde intention après IEC et bêtabloquants, sa prescription doit faire suite à un avis cardiologique, chez un patient stade III ou IV de la classe NYHA et ayant une FEVG  $\leq 35\%$ . A l'introduction de la spironolactone, la kaliémie doit être inférieure à 5mmol/L et la créatininémie inférieure à 220 $\mu$ mol/L. La dose peut être progressivement augmentée en cas de persistance de signes congestifs et de kaliémie normale. Un contrôle strict et précoce du bilan biologique est nécessaire du fait du risque d'insuffisance rénale et d'hyperkaliémie. La triple association IEC + ARA II + anti-aldostérone est contre-indiquée. Les anti-aldostérone bloquent le SRAA conjointement aux IEC.

Leur bénéfice est démontré dans 2 principales études :

-RALES [35]: publié en 1999, l'essai réalisé sur 1663 patients insuffisants cardiaques stade III ou IV avec une FEVG  $\leq 35\%$  a étudié l'impact de la spironolactone versus placebo sur la morbi-mortalité.

L'essai a été stoppé prématurément après un suivi moyen de 24 mois. On a observé une diminution du risque de décès toutes causes de 30% dans le groupe spironolactone par rapport au placebo (RR à 0.70, IC 95% [0.60-0.82],  $p < 0.001$ ). Le risque de décès de cause cardiaque a été diminué de 31% sous spironolactone (soit un RR à 0.69 ; IC 95% [0.58-0.82],  $P < 0.001$ ), tout comme les hospitalisations pour cause cardiaque (RR 0.70 ; IC 95% [0.59-0.82];  $P < 0.001$ ). L'étude a montré une amélioration significative de la classe NYHA sous spironolactone ( $p < 0.001$ ). Les hyperkaliémies et l'apparition d'une gynécomastie ont été plus nombreuses dans le groupe spironolactone, induisant des arrêts de traitement (significatif dans le cas de la gynécomastie).

-EMPHASIS-HF [36]: en 2011, cette étude cherchait à évaluer l'impact de l'éplérénone, en plus du traitement conventionnel, sur la morbi-mortalité de 2737 patients insuffisants cardiaques classe NYHA II. Le critère principal de jugement associait décès de cause cardio-vasculaire et hospitalisation pour insuffisance cardiaque : il est survenu chez 249 patients du groupe éplérénone contre 356 patients du groupe placebo (HR 0.63, IC95% [0.54-0.74];  $p < 0.001$ ). Les critères secondaires étaient tous significativement en faveur de l'éplérénone par rapport au placebo: décès toutes causes (HR, 0.76; IC95% [0.62-0.93];  $p = 0.008$ ), décès de cause cardiovasculaire, hospitalisation toutes causes, et hospitalisation pour insuffisance cardiaque (HR 0.58; IC95% [0.47-0.70];  $p < 0.001$ ).

#### D. Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

Les ARA II sont indiqués en remplacement des IEC si ces derniers sont mal tolérés, notamment en raison de la toux. Leur initiation se fait par paliers successifs, en surveillant la tolérance clinique et biologique (fonction rénale, kaliémie). Cette classe thérapeutique bloque également le SRAA, mais son action étant différente de celle des IEC, elle ne cause généralement pas de toux. Il n'y a actuellement que 3 ARA II indiqués dans l'insuffisance cardiaque.

Principalement 2 études ont montré l'effet bénéfique des ARA II dans cette pathologie :

-Val-HeFT [37] : étude publiée en 2001, comparant l'effet du valsartan versus placebo sur la morbidité et la mortalité chez 5 010 patients souffrant d'insuffisance cardiaque systolique de classe II (62 %), III (36 %) ou IV (2 %) de la NYHA, recevant les traitements standards (IEC, diurétiques, digoxine, bêtabloquants). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur la mortalité toutes causes. En revanche il existait une diminution du risque de première hospitalisation pour insuffisance cardiaque sous valsartan (13,9 % contre 18,5 % dans le groupe placebo). Les bénéfices sur la morbidité ont été les plus importants chez les patients ne recevant pas d'IEC. Dans ce sous-groupe de patients, on a également observé une réduction significative de 33 % de la mortalité toutes causes confondues sous valsartan par rapport au placebo (17,3 % contre 27,1 % respectivement). Les résultats semblant favoriser le placebo (critère composite mortalité et morbidité) ont été observés chez les patients recevant la triple association IEC, bêtabloquant et valsartan.

-CHARM Alternative [38]: publiée en 2001, elle étudie une population de 2028 patients ayant une insuffisance cardiaque systolique, de classe fonctionnelle II à IV de la NYHA, non traités par IEC pour intolérance (en raison de la toux dans 72% des cas). Le critère principal composite de mortalité cardio-vasculaire ou première hospitalisation pour insuffisance cardiaque a été significativement réduit avec le candésartan par rapport au placebo (RR 0,77 ;  $p < 0,001$ ). Le candésartan a entraîné une amélioration de la classe fonctionnelle NYHA ( $p = 0,008$ ).

-CHARM Added [39]: réalisée parallèlement à la précédente, cette étude a inclus 2548 patients ayant une insuffisance cardiaque systolique de classe fonctionnelle II à IV de la NYHA, et traités par IEC. Le

critère principal composite de mortalité cardio-vasculaire ou de première hospitalisation pour insuffisance cardiaque était significativement réduit avec le candésartan versus placebo (RR 0,85 ; p=0,011). Le candésartan a entraîné une amélioration de NYHA (p=0,020). La triple association IEC, candésartan et bêtabloquant n'est pas délétère dans cette étude.

#### E. Digoxine

La digoxine est indiquée en cas de persistance des symptômes chez les patients déjà traités par IEC, bêtabloquants, anti aldostérone et diurétiques. Elle est particulièrement indiquée en cas de fibrillation auriculaire rapide associée. L'introduction de la digoxine doit se faire après contrôle de la kaliémie et de la fonction rénale. Elle est contre-indiquée en cas d'hypokaliémie, de troubles de conductions (hormis BAV 1), ou de troubles du rythme ventriculaire. La posologie doit être diminuée chez les insuffisants rénaux et les patients âgés ; chez ces patients, un dosage de la digoxinémie est recommandé après une semaine de traitement, au moins 8 heures après la dernière prise de digoxine. Une surveillance régulière de l'ECG et des signes de surdosage est indispensable (troubles digestifs et troubles visuels principalement). La digoxine a un effet cardiaque inotrope positif, mais également un effet extra cardiaque par diminution du tonus sympathique (diminution de la pré-charge et la post-charge).

Les 3 grandes études ayant étudié la digoxine dans l'insuffisance cardiaque sont les suivantes :

-PROVED [40]: cet essai paru en 1993 évaluait l'efficacité et la tolérance de la digoxine chez 88 patients en insuffisance cardiaque chronique stable, en rythme sinusal, et recevant des diurétiques mais excluant les IEC. L'étude a montré une diminution de la durée d'exercice physique dans le groupe placebo et une amélioration dans le groupe digoxine (p=0.003). Le taux d'échec de traitement (défini par une augmentation des diurétiques, une nécessité de modification thérapeutique ou une hospitalisation pour insuffisance cardiaque) était plus important dans le groupe placebo que dans le groupe digoxine (39% vs 19%, p=0.039). Le profil de tolérance était le même.

-RADIANCE [41]: en 1993, cette étude a été réalisée sur le même schéma que PROVED, mais les 178 patients inclus étaient sous IEC. Une aggravation de l'insuffisance cardiaque était plus fréquente dans le groupe placebo (p< 0.001, RR 5.9, IC 95% [2.1-17.2]), avec également plus d'hospitalisation dans ce groupe (p= 0.02). La durée d'exercice physique était significativement diminuée après arrêt de la digoxine (p=0.033). La classe NYHA et la qualité de vie étaient significativement altérées dans le groupe placebo (respectivement p=0.019 et p=0.04). Il faut noter que la digoxine a été utilisée à des doses supérieures à celles utilisées en pratique clinique.

-DIG [42]: cet essai randomisé publié en 1997 a étudié l'impact de la digoxine sur la mortalité et les hospitalisations de 6800 patients en insuffisance cardiaque stable. Au terme d'un suivi moyen de 37 semaines, l'étude n'a pas montré d'impact significatif sur la mortalité. En revanche, il y a eu moins d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans le groupe digoxine que dans le groupe placebo : 910 vs 1180, soit un RR à 0.72 (IC 95% [0.66-0.79]; p<0,001). Dans l'analyse en sous-groupes, le bénéfice de la digoxine semble être plus important chez les patients à haut risque, c'est-à-dire ayant une FEVG plus altérée, une classe NYHA III ou IV et une dilatation du ventricule gauche.

#### 5) Traitement des comorbidités

L'HAS évoque dans ses dernières recommandations des comorbidités dont l'influence sur la morbi-mortalité chez les patients insuffisants cardiaques est établie. Cette liste n'est pas exhaustive mais met en avant l'importance d'une prise en charge globale pour améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients.

L'insuffisance respiratoire chronique, dominée par la BPCO, est fréquemment associée à l'insuffisance cardiaque, notamment en raison de facteurs de risque communs. Une étude écossaise regroupait en 1995 11.8% de patients BPCO et une étude américaine en comptait 32.9% en 2002, dans une population de patients insuffisants cardiaques chroniques [43]. La BPCO pose souvent la question de l'utilisation des bêta-bloquants. Ceux-ci ne sont pas contre-indiqués car le rapport bénéfice-risque est en faveur de leur prescription. De plus, leur utilisation n'a jamais montré une augmentation des hospitalisations pour exacerbation de BPCO [43] [44].

L'insuffisance rénale chronique est aussi fréquemment associée: selon Lang et Mancini, environ 40% des patients insuffisants cardiaques chroniques ont une clairance inférieure à 60mL/min [43]. L'insuffisance cardiaque majore le risque d'insuffisance rénale et inversement. Malheureusement, les essais cliniques ayant guidé les recommandations ont pour la plupart exclu les patients insuffisants rénaux. Chez ces patients, l'utilisation de la spironolactone et de la digoxine est délicate voire contre-indiquée du fait d'un risque iatrogène élevé. La surveillance clinique et biologique doit donc être accrue, et le médecin doit adapter la posologie des traitements à la fonction rénale [45].

L'anémie a, selon les études, une prévalence oscillant entre 17 et 43% chez les patients en insuffisance cardiaque chronique, et représente un facteur indépendant associé à un mauvais pronostic. Selon Yamauchi et al., qui ont repris la population de l'étude CHART-2, l'anémie concerne 35% des patients avec IC stade C et D [46]. Elle est souvent multifactorielle, rendant son traitement complexe. L'HAS recommande de traiter l'anémie. L'étude FAIR-HF a montré que la correction d'une carence martiale améliorait les symptômes, et la qualité de vie des patients en IC systolique [47]. Il n'y a actuellement pas de recommandation officielle pour le traitement de l'anémie en cas d'IC systolique.

La dénutrition, tout comme l'obésité, sont associés à un mauvais pronostic. On remarque une relation en U entre l'IMC et la mortalité, le pronostic étant défavorable en cas d'IMC < 23 ou > 35. La cachexie, définie par une perte de masse musculaire plus ou moins graisseuse associée à une anorexie, est grevée d'un taux de mortalité de 50% à 18 mois chez les patients en IC chronique [48]. L'HAS conseille d'évaluer l'état nutritionnel par l'IMC, l'albuminémie et l'index de risque nutritionnel de Buzby.

Le diabète augmente la morbi-mortalité chez les patients insuffisants cardiaques. Il est également responsable de cardiomyopathies diabétiques indépendantes d'une coronaropathie ou d'une HTA. L'IC semble avoir également une influence sur le diabète, en favorisant sa survenue ou son aggravation. Le traitement du diabète n'est pas spécifique chez ces patients, en dehors des contre-indications spécifiques de chaque traitement (metformine par exemple).

La dépression est une comorbidité fréquente également, sa prévalence est estimée à environ 20% dans les études. Shimizu et al. ont réalisé une étude sur une cohorte de 131 patients, cherchant à déterminer les facteurs de risque de dépression après une hospitalisation pour IC. Ils ont identifié les facteurs suivants : origine ischémique de l'IC, mauvais entourage social, limitation fonctionnelle sévère, et faible participation du patient à sa prise en charge. En revanche, la sévérité de la cardiopathie n'était pas corrélée au risque de dépression. Sur les 131 patients, 29 (soit 22.1%) ont développé une dépression à 1 an, avec une corrélation suivant le nombre de facteurs de risque. L'étude conclut que les patients dépressifs montrent moins d'observance thérapeutique et hygiéno-diététique et moins d'auto-surveillance [49]. La dépression est également un facteur de risque d'hospitalisations et de la mortalité chez les patients insuffisants cardiaques [43].

Les troubles cognitifs sont fréquents chez les insuffisants cardiaques, qui sont souvent âgés. Ces 30 dernières années, plusieurs études ont décrit les troubles cognitifs comme pouvant être une

conséquence de l'IC, avec une corrélation entre FEVG et déclin cognitif. Par ailleurs, l'altération des fonctions cognitives est associée à une augmentation de la mortalité dans cette population. Le dépistage de ces troubles doit être fait précocement par un MMS et une recherche des facteurs favorisants, associés à une évaluation de l'autonomie par l'IADL. La prise en charge est surtout préventive, et implique le traitement des facteurs favorisants : anémie, dénutrition, hyponatrémie, équilibre du diabète, dysthyroïdie, carence en vitamine B12, apnée du sommeil, déficiences visuelles et auditives, infections et dépression [50]. L'arrêt des traitements anticholinergiques est également essentiel.

## 6) Particularités chez le sujet âgé

On définit généralement les sujets âgés par un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec polyopathie. La définition peut varier selon les études, et ne correspond pas toujours à l'âge physiologique.

On observe chez le sujet âgé des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, pouvant être associées à une hypoalbuminémie par dénutrition. Ces changements liés au vieillissement modifient la biodisponibilité de certains médicaments. Le vieillissement s'accompagne également de comorbidités engendrant une polymédication, et ainsi un risque d'interactions médicamenteuses et d'inobservance plus importants. Le risque d'inobservance est encore plus important s'il existe des troubles cognitifs, mnésiques, ou sensoriels [51].

Tous ces facteurs rendent les patients âgés plus susceptibles de présenter des effets indésirables médicamenteux. Il est important de noter que les effets indésirables médicamenteux sont responsables de 130000 hospitalisations par an en France [51]. Il est donc essentiel d'évaluer le rapport bénéfice/risque de chaque médicament et de réévaluer régulièrement la tolérance et l'observance au traitement, encore plus scrupuleusement que chez le sujet jeune. Une évaluation gériatrique est parfois nécessaire.

Les règles hygiéno-diététiques sont à alléger chez les sujets âgés, car le risque d'hyponatrémie lié au régime hyposodé et le risque de dénutrition sont plus importants. Les professionnels de santé doivent être vigilants à ce que les apports protéiques soient suffisants [52]. Les comorbidités souvent associées limitent l'activité physique, accélérant ainsi la fonte musculaire.

L'isolement social fragilise la personne âgée. Le maintien des relations sociales limite le risque de dépression, favorise l'activité physique, et peut permettre de détecter plus précocement une décompensation d'IC [52].

Il faut ajouter que les patients âgés de plus de 75 ans sont sous-représentés dans les essais thérapeutiques, rendant l'application des recommandations plus aléatoire pour cette catégorie de patients [53].

## 7) Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs complets donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. L'HAS recommande de proposer les soins palliatifs aux patients en ICS avancée, mais il n'existe pas de critère d'inclusion précis pour cette prise en charge. L'ESC 2016 propose des critères devant faire évoquer la possibilité d'une prise en charge palliative, comme par exemple des hospitalisations répétées, une cachexie, ou une altération importante de la qualité de vie avec

symptômes sévères. De même, il n'existe pas de recommandation précise sur les modalités de la prise en charge palliative. Dans tous les cas, la décision de prise en charge palliative doit se discuter avec le patient et sa famille, et doit s'inscrire dans un projet multidisciplinaire. Concernant les traitements de fond de l'IC, il n'existe pas de recommandation officielle, mais leur indication doit être remise en question en cas d'effets indésirables gênant la qualité de vie [54]. La prise en charge palliative est une étape essentielle dans la prise en charge de l'IC. Pourtant, peu de patients en bénéficient, et ce pour plusieurs raisons : les difficultés à identifier le patient en fin de vie, le manque de communication entre le médecin et le patient à ce sujet, et la méconnaissance des modalités de prise en charge palliative par les soignants [55].

#### 8) Actualisation des recommandations en 2014 : le plan personnalisé de soins

L'actualisation 2014 des recommandations de prise en charge de l'IC concerne uniquement le plan personnalisé de santé (PPS). Ce plan est à proposer aux personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire, éventuellement sociale. Elle consiste en une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne en vue d'une planification personnalisée du parcours de soins. Cette démarche a pour but d'améliorer la prise en charge des patients dans les situations complexes.

L'HAS a publié un questionnaire PPS destiné aux professionnels de santé, pour les aider à prendre la décision d'initier un PPS ou non [56].

Par ailleurs, le reste du guide du parcours de soins de l'insuffisant cardiaque est semblable à celui de 2012.

## **V. Les différentes sources de recommandations à disposition du médecin généraliste**

Pour s'orienter dans la prise en charge de ses patients insuffisants cardiaques chroniques, le médecin généraliste peut s'appuyer sur différentes sources d'informations, toutes accessibles par le biais d'Internet.

### 1) Haute Autorité de Santé (HAS)

Les dernières recommandations de l'HAS concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique ont été actualisées en 2014. Elles s'adressent à tous les soignants prenant en charge ces patients, en premier lieu, le médecin généraliste. Ces recommandations reposent sur celles de l'ESC mais ne sont pas totalement superposables. Un des principaux exemples est l'apparition de l'Entresto dans la stratégie de prise en charge médicamenteuse dans l'ESC, tandis qu'il est absent dans les recommandations de l'HAS 2014. A noter que l'actualisation des recommandations de l'HAS fait apparaître le Plan Personnalisé de Soins [11].

## 2) European Society of Cardiology (ESC)

Ces recommandations européennes ont été actualisées en 2016, et s'adressent principalement aux cardiologues. Elles diffèrent de celles de l'HAS, premièrement en décrivant un nouveau degré d'insuffisance cardiaque : l'IC à FE moyenne (FE 40 à 49%). Cette nouvelle définition amènera à l'avenir de nouvelles stratégies de prise en charge médicamenteuse. Deuxièmement, depuis 2016, on note l'apparition de l'Entresto en 3<sup>e</sup> intention dans la stratégie médicamenteuse, suite à l'étude PARADIGM-HF parue en 2014. L'algorithme de prise en charge de l'ESC mentionne également l'ivabradine en 3<sup>e</sup> intention dans la prise en charge, en cas de rythme sinusal. Ces deux molécules n'apparaissent pas dans les recommandations de l'HAS. Troisièmement, les comorbidités associées à l'IC chronique et leur prise en charge sont plus détaillées dans ces recommandations que dans celles de l'HAS, comme par exemple l'obésité, la dysfonction érectile et le diabète. Les indications et modalités des dispositifs non chirurgicaux sont précisées, ce qui semble logique étant donné le public de spécialistes auquel s'adressent ces recommandations [10].

## 3) Société française de Cardiologie (SFC)

Les recommandations de la SFC suivent celles de l'ESC, et sont simplement agrémentées de commentaires. A noter que le site de la SFC met en lien les principales études médicamenteuses à l'origine des recommandations de l'ESC.

## 4) Assurance Maladie

L'Assurance Maladie a édité en décembre 2013 des mémos disponibles sur le site Ameli.fr, dans le but d'aider le médecin généraliste dans le suivi et la prise en charge des patients insuffisants cardiaque chroniques après une hospitalisation pour décompensation. Cette initiative supervisée par l'HAS vise à diminuer le taux de ré-hospitalisations après un épisode aigu. Elle guide le praticien sur certains aspects du suivi ambulatoire des patients sous IEC et bêtabloquants, sur la gestion des effets indésirables potentiels de ces traitements et sur les signes de décompensations de l'IC chronique [57] [58] [59] [60] [61]. L'Assurance maladie informe également les praticiens libéraux sur les modalités et la rémunération de la consultation longue post-hospitalisation, qui a pour objectif de faire le point sur la situation du patient (éducation, examen clinique, efficacité/tolérance du traitement...) à 2 mois de sa sortie de l'hôpital [62].

## 5) Vidal

Le Vidal est une base de données qui répertorie les monographies des médicaments mis sur le marché d'après les données de l'ANSM. En ligne, il publie également, dans un onglet « Vidal Recos », des synthèses de recommandations thérapeutiques issues de l'ANSM, de la HAS et des sociétés savantes françaises et internationales. Pour l'insuffisance cardiaque chronique, ces recommandations sont basées sur celles de l'ESC et du Collège Américain de Cardiologie. Le praticien peut donc avoir accès aux algorithmes de prise en charge médicamenteuse, ainsi qu'aux monographies des médicaments ayant une AMM dans l'insuffisance cardiaque chronique. L'accès à ces informations nécessite simplement une inscription qui est gratuite pour les médecins.

## 6) Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)

L'INPES est un établissement public administratif du ministère de la santé. En 2001, il lance le Programme National Nutrition Santé, et élabore des guides accessibles aux patients et aux soignants. Ces guides ne sont pas spécifiques de la prise en charge du patient insuffisant cardiaque mais certains sont dédiés aux populations souffrant de maladies chroniques cardio-vasculaires, d'autres sont axés sur l'activité sportive. Dans la pratique du médecin généraliste, ces guides peuvent servir de rappel des règles hygiéno-diététiques et être utilisées comme support écrit à une éducation thérapeutique du patient [63].

## 7) Laboratoires

Les visiteurs médicaux fournissent une information sur les médicaments, leur indication et leurs règles de prescription aux médecins généralistes, même si cette information est couplée à une publicité. Certains laboratoires élaborent des brochures en collaboration avec des cardiologues, à destination des médecins généralistes, dans le but de fournir un résumé des recommandations, concis et adapté à la pratique quotidienne. Des informations sont même mises à disposition des patients, sous forme de brochures ou de sites internet, et concernent principalement la compréhension de la maladie, les règles d'hygiène diététique, et les principes d'auto-surveillance [64]. Le médecin prescripteur doit rester critique vis-à-vis de l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques, étant donné leur partialité.

## 8) Littérature scientifique

Les revues scientifiques, notamment celles qui s'adressent aux médecins généralistes, peuvent être une source fiable, concrète et facile d'accès, pour assurer la formation continue des praticiens. Elle permet la mise à jour régulière de leurs connaissances et son format peut s'adapter à leur emploi du temps.

# VI. **Suivi des recommandations en pratique**

Plusieurs études réalisées en France et à l'étranger ont montré des taux de prescriptions insuffisants au regard des recommandations, avec des posologies cibles fréquemment inférieures aux recommandations. Des méthodologies différentes ont été utilisées pour ces études (questionnaires, entretiens, analyses de données issues de la CNAM...), mais les résultats amènent au même constat d'une prise en charge non optimale.

En France tout d'abord, les principales études ayant montré ce défaut de prescription sont les suivantes :

- étude du réseau Sentinelle [2]: Les 1200 médecins généralistes volontaires et bénévoles du réseau *Sentinelles* de l'INSERM (centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance électronique des maladies) ont pour rôle de transmettre systématiquement de façon hebdomadaire, des informations par voie électronique. En 2002, un questionnaire a été envoyé à 900 médecins du réseau, pour cette étude dont l'objectif était d'estimer la prévalence de l'IC chez les sujets de 60 ans et plus consultant en médecine générale en



France, et d'évaluer le mode de prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces patients. Malgré un taux de prescription des IEC satisfaisant, les bêtabloquants, restent en revanche assez peu prescrits (24 % des cas dans cette enquête) et la surveillance du poids n'est pas régulière. L'étude a pour principale faiblesse le biais de sélection des médecins généralistes.

- étude IMPROVEMENT [4] : réalisée en 1999-2000 auprès de médecins généralistes de 15 pays membres de l'ESC, cette étude a montré des taux de prescription des IEC et bêtabloquants de 60 et 34% respectivement, mais seulement 20% des patients recevaient la combinaison des deux classes thérapeutiques. Les posologies correspondaient à environ 50% de la dose cible recommandée et ce malgré une bonne connaissance des bénéfices de ces traitements dans l'IC chronique.
- étude PRINCEPS [65]: étude observationnelle réalisée en France en 2003, interrogeant 1717 médecins généralistes sur leur prescription dans l'IC chronique. Les IEC étaient prescrits chez seulement la moitié des patients, avec une posologie cible atteinte chez trois quarts des patients. Les traitements par bêtabloquants, diurétiques et digitaliques étaient associés à l'IEC dans 20%, 74% et 21% des cas respectivement.
- étude de cohorte ODIN [5]: il s'agit d'une cohorte prospective recrutant les patients suivis par les centres participant au programme d'ETP I-CARE. L'étude a inclus 3237 patients entre 2007 et 2010. Parmi ces patients, 69,9% recevaient un IEC et 20,3% un ARA II. 80,6% avaient un bêtabloquant, et 80,1% un diurétique de l'anse. Les posologies des IEC, ARA II et bêtabloquants étaient fréquemment inférieures à 50% de la dose cible, d'autant plus chez les patients âgés.

A noter une autre étude réalisée en France, IMPACT RECO, qui s'est intéressée à la prescription des médicaments de l'IC par les cardiologues français. 519 cardiologues ont inclus 1917 patients IC. Les taux de prescription étaient les suivants: diurétiques 83%, IEC 71%, bêtabloquants 65%, spironolactone 35%, ARA II 21%, avec 61% d'association IEC/ARA II et bêtabloquants, et 51% de triple association bêtabloquants et IEC/ARA II et spironolactone. Parmi les patients recevant un IEC, 49% avaient la dose cible, contre seulement 18% parmi les patients recevant un bêtabloquant. Deux autres études IMPACT RECO (II et III) ont suivi, montrant une amélioration des taux de prescription, ainsi qu'une augmentation des posologies des traitements [66].

Des études ont également été conduites dans d'autres pays d'Europe, notamment en Allemagne et au Royaume-Uni, retrouvant des résultats concordants avec ceux de l'étude IMPROVEMENT [67] [68].

La création de la cohorte ODIN dans les centres ayant participé au programme I-CARE a également permis une évaluation de l'ETP. Les soignants ont plutôt une perception positive de l'ETP, mais son développement semble limité par le manque de temps et l'organisation des soins. Cependant cette étude présente un biais de sélection important car elle sélectionne des soignants réalisant l'ETP dans le cadre d'un programme national spécialisé et multidisciplinaire, donc différent de la pratique de médecine générale [69].

## **MATERIEL ET METHODE**

### **I. Choix du thème et de la question**

#### **1) Le thème de l'insuffisance cardiaque**

Lors de mon premier stage d'interne, dans le service de cardiologie du centre hospitalier de Flers, j'ai été surprise par la fréquence de l'insuffisance cardiaque et le nombre d'hospitalisations pour décompensation cardiaque. Par la suite, en stage de médecine générale, cette impression s'est confirmée, et m'est apparue toute la complexité de la prise en charge thérapeutique de ces patients insuffisants cardiaques.

Par ailleurs, j'ai connu dans mon entourage une personne souffrant de cette pathologie. J'ai alors pris conscience que l'insuffisance cardiaque était à la fois pesante pour le patient en terme de qualité de vie, et parfois délicate pour le soignant en termes de temps et de soins.

#### **2) Naissance de la question de recherche**

En lisant la littérature concernant l'IC chronique systolique, on remarque que les recommandations de prise en charge sont relativement précises, appuyées sur des essais cliniques et régulièrement mises à jour. Pourtant, de nombreux articles décrivent des taux de prescriptions médicamenteuses insuffisants, et des hospitalisations évitables par une meilleure prise en charge ambulatoire. La question des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour prendre en charge l'IC chronique s'est donc imposée. Il est important d'identifier les problématiques du médecin généraliste, afin d'y répondre et d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients insuffisants cardiaques.

Après un travail de formulation, la question de recherche retenue a été la suivante : quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ?

Comme il est précisé dans le choix de l'échantillon, nous avons ensuite circonscrit notre population de médecins généralistes au département de l'Orne, pour aboutir à la question de recherche définitive.

### **II. Choix de l'étude qualitative et de l'entretien semi-dirigé**

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Comme le souligne un article dans la revue *Exercer*, l'étude qualitative « est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement » [70]. Les études qualitatives étudient en profondeur les motivations, les sentiments, et les réactions de différents groupes à l'égard d'un sujet donné, en les laissant s'exprimer. Le but étant de donner la parole aux médecins généralistes sur leur propre pratique, le choix de l'entretien semi-directif semblait le plus judicieux. Cet entretien semi-dirigé suivait la structure des recommandations de l'HAS de 2014, afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans chaque domaine de la prise en charge

thérapeutique. Le guide d'entretien a évolué secondairement, prenant en compte les problématiques évoquées par les médecins entendus.

Sous le terme « difficultés », nous souhaitons étudier les obstacles concrets mais également l'embarras éventuellement éprouvé par le médecin généraliste dans la prise en charge thérapeutique de son patient insuffisant cardiaque ; c'est donc un ensemble de barrières objectives et subjectives, que le soignant doit affronter. Cependant nous devons également prendre en compte la possible méconnaissance des recommandations de prise en charge de l'IC chronique par les médecins généralistes, et tenter de l'expliquer.

L'entretien se découpe en trois parties, correspondant à l'aspect médicamenteux de la prise en charge, son aspect non médicamenteux, et la formation du médecin généraliste. Chaque partie est constituée de sous-questions, ouvertes et fermées, pour orienter l'entretien si nécessaire (Annexe 2).

### **III. Choix de l'échantillon**

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes libéraux installés en cabinet. J'ai circonscrit mon étude aux médecins généralistes ornaïsiens pour faciliter la pratique des entretiens et limiter le coût financier (proximité). Il s'agit également d'orienter mon étude dans le secteur où je compte pratiquer moi-même la médecine plus tard.

Le recrutement des médecins généralistes interrogés s'est fait au hasard, à l'aide de l'annuaire professionnel, mais également par connaissance de certains médecins. J'ai recherché un échantillon de médecins généralistes le plus varié possible, défini par les critères suivants: durée d'exercice, sexe, exercice seul ou en groupe, exercice rural ou urbain, et distance par rapport à un cardiologue (Annexe 3).

Pour définir l'exercice rural, je me suis aidée de la définition de l'INSEE, qui considère comme rurale, une commune de moins de 2000 habitants. Je me suis appuyée sur la dénomination ancienne des communes, avant leur fusion, pour correspondre au mieux à la définition de ruralité. Concernant la distance séparant le médecin généraliste du cardiologue, la limite de 5km a été choisie d'après l'étude de la DREES de 2011 sur les distances et temps d'accès aux soins, celle de 15km selon les distances effectives des généralistes interrogés [71]. J'ai obtenu auprès du conseil de l'Ordre des médecins de l'Orne un tableau résumant le nombre de cardiologues hospitaliers ou libéraux par ville dans l'Orne (Annexe 4). Pour notre étude, il n'importe pas que l'exercice des cardiologues soit libéral ou hospitalier.

### **IV. Hypothèses diagnostiques**

Trois grands types de difficultés de prise en charge se dessinent après lecture de la bibliographie :

- Les difficultés liées au patient : les comorbidités et les problèmes d'observance ;
- Les difficultés liées aux médecins : principalement le manque d'aisance dans l'utilisation des médicaments ou l'éducation thérapeutique, et la méconnaissance des recommandations ;
- Les difficultés liées au contexte : le manque de temps et la démographie médicale ornaïse.

## V. Déroulement de l'enquête

Les médecins généralistes ayant participé à l'enquête ont été contactés par téléphone, ou face-à-face directement au cabinet, et ont été informés du caractère anonyme de l'enregistrement de l'entretien. Chaque médecin généraliste était informé de la durée prévisible de l'entretien, de 30 à 40 minutes, pour permettre l'aménagement du temps nécessaire. Le lieu et l'heure de l'entretien étaient choisis par le médecin généraliste selon ses disponibilités. Les seuls critères d'exclusion étaient le refus ou la non réponse des médecins généralistes. Plusieurs médecins généralistes appelés ont refusé de réaliser l'entretien du fait de leur temps limité, notamment durant la période de grippe hivernale.

Les entretiens ont tous été réalisés en direct (face-à-face) et se sont déroulés du 13/06/2017 au 19/04/2018, avec parfois regroupement d'entretiens la même journée pour limiter les déplacements. Un seul médecin généraliste a souhaité réaliser l'entretien à son domicile, les autres ont été enregistrés au cabinet. Un entretien n'a pas pu être exploité du fait d'un défaut d'enregistrement empêchant sa relecture. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle problématique n'apparaisse durant les interviews.

## VI. Méthodes de l'analyse

### 1) Retranscription

Les entretiens enregistrés par dictaphone ont tous été retranscrits sur des fichiers Word pour permettre leur analyse. J'ai également noté en italique les éléments non verbaux (intonations, soupirs et silences, etc), les éléments du contexte hors enregistrement et mes impressions immédiates. Chaque entretien a été numéroté selon l'ordre chronologique d'enregistrement.

### 2) Analyse du corpus

Le matériel obtenu après retranscription a permis une première lecture mettant en évidence les idées fortes et générales de chaque entretien. Lors de la seconde lecture de chaque entretien, j'ai déterminé les différentes unités de sens, découpées elles-mêmes en 3 catégories :

- 1 : les unités de sens transcrivant le sentiment/ le vécu
- 2 : les unités de sens relevant les actions/ les faits
- 3 : les unités de sens correspondant aux principes/valeurs

Ces unités de sens ont été à la base de l'analyse thématique, et de l'élaboration de l'arbre thématique [72].

### 3) Analyse thématique et constitution de l'arbre thématique

Les unités de sens de l'ensemble des entretiens ont été regroupées en différents sous-thèmes, eux-mêmes regroupés en thèmes.

L'analyse thématique a consisté en une mise en relation logique des différents thèmes pour obtenir des modèles explicatifs hiérarchisés, visant à construire la réponse à la question de recherche. Cette hiérarchie de catégories/thèmes/sous-thèmes se présente sous la forme d'un arbre thématique [73]. La constitution de l'arbre thématique a nécessité plusieurs essais et restructurations afin de faire apparaître de manière la plus pertinente possible les liens unissant les thèmes.

## RESULTATS

### I. Profils des praticiens interviewés

Au total, 13 entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes ornaïs. 18 autres médecins généralistes ont été contactés par téléphone, mais non interrogés, soit par refus, soit par indisponibilité, soit par absence de réponse.

L'entretien 4 n'a pas pu être exploité du fait d'un défaut d'enregistrement du dictaphone empêchant totalement sa lecture. L'entretien 9 n'a pas été contributif pour l'analyse car le médecin interviewé a refusé son enregistrement. L'analyse thématique a donc porté uniquement sur 11 entretiens.

Parmi les 11 médecins généralistes dont l'entretien a été analysé, on comptait 7 femmes et 4 hommes. 5 médecins exerçaient seuls et 6 exerçaient dans un cabinet de groupe. Les durées d'exercice professionnel variaient de 2 ans à 40 ans. A noter que 45% de médecins généralistes avaient plus de 30 ans de pratique (Annexe 3).

La plupart des médecins généralistes avaient une activité en milieu urbain (8 praticiens contre 3 en milieu rural). Tous se situaient à moins de 20 minutes d'un cardiologue, selon une estimation basée sur la distance géographique (sauf le médecin de l'entretien 4, qui n'a pas pu être inclus dans l'analyse).

La durée des entretiens allait de 19 minutes à 1h17minutes, pour une durée moyenne de 37 minutes.

### II. Résultats : arbre thématique

#### 1) Des difficultés intrinsèquement liées à la pratique professionnelle des médecins généralistes

##### A. S'informer et se former : recommandations et mise à jour des connaissances

#### **PLACE DES RECOMMANDATIONS**

##### **a. Connaissance des recommandations**

La connaissance par les médecins généralistes des recommandations concernant l'insuffisance cardiaque chronique est très variable.

4 médecins généralistes affirment ne pas lire les références des sociétés savantes : « je me suis jamais tapée le document de l'HAS ou de l'ESC hein. » (8) « je les lis pas, moi, non » (12)

Certains utilisent d'autres sources d'informations jugées plus pragmatiques et fiables. « moi j'utilise beaucoup le Vidal Reco en consultation, dès que j'ai un souci, qui permet d'avoir une vue synthétique sur une recommandation et comme ça...ça aide beaucoup. L'accès est très rapide et puis, les

organigrammes sont clairs » (13) « alors l'HAS, je vais le voir que quand Prescrire dit que c'est correct (rires) » (6)

D'autres n'ont pas eu à les lire, leur formation initiale récente étant déjà appuyée sur les dernières recommandations : « elles ont pas changé depuis que je me suis installée donc euh...j'ai pas eu à prendre connaissance plus que ça » (8).

Deux médecins ont admis ne pas pouvoir lire toutes les recommandations du fait de leur nombre important : « je ne peux pas vous...vous dire que je connais toutes les recommandations. Je ne peux pas. » (7)

Concernant le PPS, aucun médecin interviewé n'en a réalisé de manière formelle, et 3 d'entre eux n'avaient pas connaissance de ce dispositif. « Je savais même pas que ça existait (*rire*) ! » (6) « déjà on n'est pas au courant » (13)

Il s'agit également de mémoriser les recommandations afin de pouvoir les utiliser. « La spironolactone je la mets en deuxième intention quand il y a besoin d'un diurétique... Euh... après... alors attend (*rire embarrassé*) ! » (6) « on en a connaissance mais comme moi, ma mémoire de sénile elle suit pas, je les oublie au fur et à mesure » (2)

## **b. Utilisation variable des recommandations**

### **- Une application aléatoire**

La plupart des médecins interrogés considèrent que les recommandations sont essentielles pour la prise en charge, mais insistent sur la nécessité de les adapter au patient. « Oui, parce qu'il faut bien en avoir. Après c'est les recommandations. Tu peux pas les appliquer à tout le monde. » (1) « Donc les recommandations c'est très bien sauf que in fine c'est quand même l'état de votre patient... [...] la limite de l'application des recommandations pour moi, c'est la qualité de vie de mon patient.» (10)

Ils soulignent la différence entre la recommandation théorique et la réalité de terrain à laquelle le médecin généraliste est confronté. « Il y a ce qui est écrit dans les recommandations et ce qui se passe en ville. » (1) « c'est des beaux projets, mais après dans la réalité...c'est autre chose. » (12)

Le manque de moyens humains et techniques représente un obstacle majeur à l'application des recommandations d'après le médecin 3, et semble être source de frustration. « les recommandations c'est national, pour des gens qui sont habitués, avec un gros CHU à côté et tout... [...] Tu te dis là, c'est pas possible, on peut pas y arriver, quoi. ça serait bien... moi, si il y avait des cardiologues disponibles ou des choses, pourquoi pas » (3)

Le Plan Personnalisé de Santé n'est mis en œuvre par aucun généraliste interviewé, même si certains médecins le font de manière informelle. « Non. Euf pfff (*rires*), pas comme ça, enfin ça s'appelait pas un plan personnalisé de santé. » (2)

### **- Des recommandations nécessaires au spécialiste plutôt qu'au généraliste**

Le médecin 2 considère que les recommandations guident la prise en charge du spécialiste, mais pas celle du médecin généraliste. « On n'a pas besoin des recommandations pour soigner les gens. On essaye de faire au mieux, c'est pas les recommandations qui font qu'on soigne [...] Alors les cardiologues peut-être, parce que eux ils se font remonter les bretelles par l'HAS si jamais ils font n'importe quoi » (2)

### c. Point de vue des médecins généralistes

Globalement, les médecins jugent les recommandations nécessaires pour la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques. « Donc dans le principe, le fait que vous ayez des maîtres à l'université ou que vous ayez des protocoles où on vous dit « il faut faire etc », c'est comme ça que la médecine a fait des progrès » (10)

Cependant, ils restent très critiques vis-à-vis de ces références.

#### - Sur la forme

Certaines critiques se portent sur la forme des recommandations dont la lecture est trop longue et difficile. « les gros paquets de l'HAS on n'a pas le temps de les lire et puis c'est absolument imbuvable. » (13)

#### - Sur le fond

Le médecin 2 réprovoque la logique économique sur laquelle reposent, selon lui, les recommandations. « bah c'est que la recommandation, c'est simplement fait pour faire des économies à la sécu. » (2)

Les sociétés savantes et les recommandations lui paraissent absurdes et inutiles « Non mais la Haute Autorité de Santé c'est n'importe quoi ! On n'a pas besoin de la HAS pour soigner les gens ! Mais par contre ils nous font des belles recommandations pour faire des contentions dans les maisons de retraite, à renouveler tous les jours. » (2)

Le médecin 5 corrobore l'avis du médecin 2 après l'expérience négative de l'application des recommandations. « faut leur proposer le vaccin contre la grippe et machin mais...je trouve pas ça du tout efficace, m'enfin bon » (5) « C'est écrit sur mes trucs là, ça fait rigoler tout le monde. » (5)

#### - Dans la pratique

Le médecin 6 pense que les recommandations sont consommatrices de soins et d'exams. «souvent quand même c'est très consommateur de soins. [...] peut-être qu'au final ils s'y retrouvent au niveau économique avec moins de décompensation d'insuffisance cardiaque, etc mais c'est vrai quand même que globalement on nous demande de faire beaucoup de bilans, de...beaucoup d'exams complémentaires » (6)

Un des médecins interviewés a noté des contradictions entre les recommandations de l'HAS et la pratique des cardiologues, notamment en ce qui concerne l'Entresto. Dans ces situations, sa confiance va plutôt au cardiologue. « Je me fie beaucoup au cardiologue, ce qu'il recommande parce qu'il y a des produits nouveaux, des choses comme ça qui sont pas du tout dans les recommandations, l'Entresto je le connaissais pas avant qu'on mette un patient là-dessous » (3)

#### - Perspectives

Malgré ces critiques, les médecins se montrent optimistes face à l'arrivée de nouvelles recommandations et thérapeutiques, en particulier de l'Entresto. « jusqu'à ces temps derniers, c'était les IEC et puis on va avoir l'Entresto, on va arrêter les IEC et puis on va passer à l'Entresto de plus en plus rapidement » (2) « vraiment extraordinaire. [...] il n'a pas refait de décompensation depuis euh...depuis qu'il l'a, alors je ne sais pas depuis quand il l'a mais...alors que d'habitude, il est hospitalisé...il décompense tous les quatre matins » (5)



#### **d. Evolution des pratiques**

La première source de modification des pratiques est liée à l'apprentissage des erreurs par les médecins généralistes. « je savais que c'était risqué mais, un petit Ibuprofène 1 fois par jour pendant 2-3 jours... eh bah ça je...je pense que je le ferai plus. » (6)

La pratique se modifie également avec l'âge, en partie en ce qui concerne la disponibilité comme le souligne le médecin 10 : « à 20 ans on est capable de faire plein de choses, à 60 ans on est encore capable d'en faire beaucoup mais on n'a plus...enfin moi j'ai plus la même disponibilité qu'à 20. » (10)

Les médecins ayant une pratique plus ancienne ont observé un net changement des traitements médicamenteux recommandés dans l'insuffisance cardiaque chronique, modifiant par conséquent leurs prescriptions. « ça a beaucoup évolué depuis que je travaille donc on évolue forcément puisque je prescris plus la même chose qu'il y a 20 ans. Tout a changé, c'est clair que...on parle plus de la Digoxine dans l'insuffisance cardiaque, nous on nous parlait de Digoxine.» (3)

L'apparition de traitements agissant sur le système rénine-angiotensine-aldostérone a transformé les tableaux cliniques de l'insuffisance cardiaque rencontrés par le médecin généraliste. « en gros les œdèmes aigus pulmonaires, j'en voyais, écoutez, tous les 15 jours. Euh...maintenant grâce aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion et la prise en charge différente, on voit plus de grosses poussées hypertensives et de grosses décompensations cardiaques comme je voyais il y a 35 ans quand je me suis installé ici. » (10)

Enfin, le médecin 10 déplore la négligence croissante de la clinique dans le raisonnement diagnostique, au profit des examens complémentaires. « maintenant on a l'impression que les examens complémentaires sont devenus prédominants. Moi, je fais partie des vieux schnocks, on reste encore à l'examen clinique et on demande un examen complémentaire quand on a besoin d'affiner et pas le contraire » (10)

### ***FORMATION CONTINUE***

#### **a. Moyens et méthodes**

Les médecins interrogés réalisent systématiquement une formation continue, sous des formes différentes, plus ou moins associées. Certaines situations rencontrées en pratique quotidienne les amènent à actualiser leurs connaissances. « quand on est confronté à un problème » (12) « en consultation, dès que j'ai un souci » (13)

Les revues médicales, principalement Prescrire, sont la première source de formation continue. «c'est essentiellement Prescrire pour le quotidien, » (6) « Et puis la revue Prescrire, où je suis abonnée. Où je fais le test lecture et puis les thématiques. » (5)

Moins fréquemment, ils se réfèrent aux recommandations des sociétés savantes. « je peux m'appuyer après sur les recommandations de l'HAS, j'ai...ça m'arrive assez régulièrement. » (11) « je lis assez régulièrement quand même. Des documents de références » (3)

Les médecins 11, 12 et 13 utilisent régulièrement une source regroupant et synthétisant les recommandations, lorsqu'une mise à jour rapide est nécessaire, notamment durant la consultation. «soit je regarde effectivement les reco soit sur Vidal Reco, des choses comme ça, » (12)

L'information leur est facilement accessible sur Internet. « Bon, encore plus facilement maintenant, en particulier avec Internet. Tu oublies, tu mets un mot sur Internet et t'arrives. [...] quand tu es pas sûre, tu as un deuxième site et puis si le deuxième site corrobore ce que dit le premier, bah pas de problème. » (2)

Une formation continue collective est associée chez 8 médecins interrogés, notamment par l'intermédiaire d'organismes indépendants « je fais des formations par des organismes indépendants, j'avais fait avec euh... le conseil national des généralistes enseignants, le CNGE » (6)

Il existe également des associations de médecins généralistes géographiquement proches. « on fait partie de l'association MedicA. qui organise une fois par mois, enfin tous les deux mois des formations avec un spécialiste » (12) « je suis le...le président si on peut dire ça, ce qui est un terme très pompeux, de l'association de formation médicale continue d'A. qui s'appelle la SMPA Société Médicale du Pays d'A. et donc on organise des...des...une soirée, tous les mardis on fait venir un de nos professeurs du CHU » (10)

Les groupes de pairs informels existent aussi, et sont représentés dans les zones rurales autant qu'urbaines. « voilà des réunions avec nos collègues. Une fois par mois. » (5) « j'ai pas encore de groupe de...groupe de pairs, enfin un petit peu sur Argentan. » (8)

La communication avec les cardiologues est un élément majeur de la formation continue chez les enquêtés. « mais c'est plus par l'imprégnation de ce qu'on lit quand on voit les comptes-rendus etc, de ce qui est recommandé par rapport à avant » (3) « si je trouve pas l'info bah j'appelle le cardio. On a quand même cette chance, [...] donc ça permet de discuter justement de...eux des fois nous disent «bah oui, maintenant on fait comme ci, comme ça » » (12)

Les médecins 11, 12 et 13 participent à l'enseignement universitaire en accueillant des internes au sein de leur cabinet ; ils y trouvent aussi un moyen d'actualiser leurs connaissances. « On a nos stagiaires, nos jeunes internes qui sont fraîchement moulus de la fac et qui ont, eux, les dernières reco, donc ça, ça nous remet bien aussi en selle » (12)

Enfin, certains médecins utilisent les laboratoires pharmaceutiques dans leur formation continue, notamment pour connaître les nouveaux médicaments arrivés sur le marché. « Déjà quand t'as les labos qui font et qui refont... » (1) « il y a une démarche anti laboratoire. Je veux bien, mais c'est eux qui nous informent. On sait très bien qu'ils font du commerce » (2)

## **b. Place des laboratoires pharmaceutiques dans la formation continue**

La place des laboratoires dans la formation continue des médecins interviewés est variable d'un sujet à l'autre.

Dans tous les cas, les médecins restent très critiques vis-à-vis de l'information reçue, et gardent à l'esprit la démarche commerciale des laboratoires pharmaceutiques. « quand ils nous présentent un médicament on sait très bien qu'ils font du commerce. » (2) « t'as en effet parfois des labos qui passent, alors là c'est super rigolo parce que tu vas recevoir un labo, 2 semaines après t'as l'autre. Et là tu fais...c'est impeccable, quand tu veux connaître les effets secondaires d'un médicament, tu vois le labo comme ça t'es sûre que l'autre va venir et va dire « le mien il est mieux » » (8)

Le médecin 5 insiste sur le caractère totalement indépendant et informel de sa formation continue. «je ne reçois pas de labos non plus et je vais jamais à des réunions de labo [...] Voilà, c'est

indépendant de tout quoi. C'est indépendant des laboratoires, c'est indépendant de la sécu, c'est indépendant de...voilà. Ça ne dépend que de nous » (5)

### **c. Difficultés de réalisation de la formation continue**

La première difficulté à laquelle font face les médecins est leur motivation à mettre régulièrement à jour leurs connaissances. « il faut aussi que les gens veuillent s'informer » (1)

Leur seconde difficulté est d'évaluer la fiabilité et l'objectivité de l'information reçue. « est-ce que les mecs qui diffusent sur Internet sont des gens dignes de confiance ? [...] encore une fois tu as les labos, qui te présentent un médicament, mais on a forcément une distance... » (2)

L'insatisfaction et la contrainte liées à certaines méthodes de formation continue peuvent également freiner la démarche de mise à jour des connaissances. « Il y avait eu un moment des groupes qualités, enfin vous savez, où vous étiez euh...enfin il y avait des objectifs à atteindre et tout et puis ça nous a... il y avait mieux. » (5)

Certains interviewés déplorent la diffusion insuffisante de l'information auprès des médecins généralistes. « on a été très peu informés là-dessus » (13)

## **B. Au quotidien, en pratique clinique**

### **UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE**

#### **a. Difficultés diagnostiques**

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque chronique est parfois difficile à poser uniquement sur la clinique, d'où l'utilisation fréquente des BNP par les médecins interrogés, pour confirmer leurs hypothèses. « On a découvert l'insuffisance cardiaque suite aux marqueurs de BNP [...] moi je pensais voilà « ça peut être quand même une petite insuffisance cardiaque », mais on l'a découvert comme ça. » (7)

Une insuffisance cardiaque chronique non ou peu symptomatique peut rester méconnue jusqu'à décompenser à l'occasion d'un évènement intercurrent. Le médecin généraliste est donc moins vigilant sur sa prescription, notamment celle des AINS. « elle est pas...elle était pas insuffisante cardiaque quoi. Donc voilà, mais malgré tout...ouais après je me serais plus méfiée » (5)

De même, diagnostiquer une décompensation d'insuffisance cardiaque de présentation atypique n'est pas toujours aisé pour le médecin comme pour le patient. « c'est pas toujours facile, parce que quelquefois ça s'installe un peu insidieusement. Euhh et puis la prise de poids, les œdèmes, le fait d'être plus essoufflé, bon t'as des gens qui s'en rendent compte mais les personnes âgées, elles s'en rendent pas forcément compte » (1)

En cas de comorbidité pulmonaire, le diagnostic différentiel d'une décompensation pulmonaire doit être éliminé pour permettre une prise en charge adaptée. Le BNP est de nouveau un outil essentiel pour le généraliste. « quand on a un patient BPCO et insuffisant cardiaque qui est essoufflé, eh bah, allons savoir, qu'est-ce qui décompense ? pfff ? des fois, c'est pas évident, et euh, et là moi j'utilise les BNP » (6)

### **b. Pronostic péjoratif de l'IC**

Les médecins interviewés ont une vision négative du pronostic des patients insuffisants cardiaques. « l'insuffisant cardiaque chronique on le considérait comme étant un peu en fin de vie quoi » (2) « Quand ils sont dans la case insuffisant cardiaque, bon bah souvent c'est un peu le bout du rouleau. » (13)

Ils sont plus vigilants face à ces patients fragiles, dont la dégradation clinique peut être soudaine. « Nous médecins, on sait ce que ça veut dire un patient qu'est au stade d'insuffisance cardiaque [...] pour nous c'est le patient qu'on doit vraiment avoir à l'œil, auquel on va vraiment faire attention et bon c'est aussi que ça peut se dégrader extrêmement rapidement » (13)

### **c. Prioriser la prise en charge**

L'insuffisance cardiaque associée à des comorbidités, oblige les médecins à prioriser la prise en charge. Dans ce cas, le cœur est souvent traité en priorité. « Quand t'as une grosse insuffisance cardio-rénale, faut bien traiter quand même. Après tu choisis. » (1) « pour moi, c'est le cœur qui prime » (11)

Ils doivent également évaluer l'urgence de la prise en charge pour chaque patient, afin d'adresser rapidement au cardiologue les patients qui en ont réellement besoin. « c'est le type qui risque de me faire un infarctus ou qui me fait une embolie pulmonaire, là je décroche mon téléphone. Un insuffisant cardiaque qui est déjà essoufflé depuis un petit moment il peut attendre son rendez-vous chez le cardiologue un petit peu. » (10)

### **d. Gestion des facteurs de risque cardio-vasculaire**

La prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients insuffisants cardiaques est très variable. Les principaux sont le tabac et le surpoids voire l'obésité. « Oui. Oui. Beaucoup. Le tabagisme c'est quelque chose qui est une...un fléau euh...d'état. Voilà et euh oui il y a beaucoup de gens qui sont fumeurs. » (10)

Le médecin 8 observe une accumulation des facteurs de risques uniquement dans certaines catégories sociales. « sur certaines catégories socio-professionnelles ouais. En effet, moi, l'obésité c'est pas...c'est...et pour le coup, j'ai...j'ai une faible patientèle mais qui vraiment n'a aucune activité physique, enfin c'est vraiment le fauteuil et le canapé...et en général ça va de pair avec le tabac. » (8)

Les généralistes décrivent une prévalence moindre du tabagisme chez les patients plus âgés. Les patients insuffisants cardiaques sont parfois des anciens fumeurs qui ont sevré leur tabagisme du fait du retentissement cardiaque. « les gens finissent par arrêter de fumer quand même au cours...au fur et à mesure de la vie » (5) « t'as des gens qui ont la capacité d'arrêter du jour au lendemain. Et qui s'y tiennent parce qu'ils ont fait un accident cardiaque » (1)

Les enquêtés sont actifs concernant le sevrage tabagique, mais leur impact est aléatoire. D'après le médecin 5, la réussite du sevrage tient principalement à la motivation des patients, indépendamment des actions qu'elle entreprend. « on passe le temps à leur dire « faut arrêter de fumer » » (2) « On peut leur en prescrire des patchs et tout, si ils ont pas envie... Si ils ont envie, ils

peuvent faire ce qu'ils veulent...ça va marcher et si ils ont pas envie, ils peuvent faire ce qu'ils veulent, ça va pas marcher » (5)

Concernant le surpoids, les actions entreprises par les médecins, et les propositions d'aide diététique sont rarement suivies par les patients. « je propose aussi, mais c'est rarement fait, qu'ils m'apportent eux-mêmes leur fiche de menus sur une semaine qu'on voit ensemble comment on peut faire pour modifier certaines choses mais en fait...c'est pas fait. » (11)

Le médecin 8 insiste sur l'importance d'une alimentation de qualité, pour favoriser l'observance auprès d'une patientèle rurale et paysanne. « Tu peux pas dire à quelqu'un qu'a 50 ou 60 vaches laitières : « mange pas ton...mange pas ton produit ». Euh... « mange pas... », qui a 3 cochons : «mange pas ta charcuterie », par contre, tu peux lui dire : « ouais, ta charcuterie mais certainement pas le jambon blanc de...je ne sais trop quel truc qui, lui, est bourré de sel et voilà. » (8)

Les médecins 8 et 10 ne sont pas conciliants ni diplomates avec les patients ayant des facteurs de risque modifiables. « chez quelqu'un de jeune d'obèse etc, tu vas dire : « mais vous voyez, je pourrais vous le faire mais là je peux pas vous le mettre parce qu'entre votre insuffisance cardiaque, votre surpoids, votre machin, votre bidule, de toute façon, t'as qu'à bouger ». Enfin voilà. Peut-être un peu...un peu plus véhémence » (8) « moi j'ai absolument aucun complexe à dire aux gens de pas fumer ou de pas boire parce que je sais que je le fais pas. [...] dès que j'ai des patients qui fument quel que soit leur âge, je suis culpabilisant. » (10)

#### **e. Risque de dénutrition**

Seuls 3 médecins interrogés évoquent la dénutrition et la perte de poids durant l'entretien, mais sa prise en charge n'est jamais précisée.

Le risque de dénutrition est majoré au décours d'une décompensation d'insuffisance cardiaque. « il est très maigre, il est plutôt...plutôt justement à perdre du poids quand il décompense » (6)

Certains patients présentent une anorexie en lien avec un régime sans sel très strict. « Il y a les gens qui sont très stricts, qui vont pas manger de fruits de mer au réveillon et tout, enfin qui vont rien manger du tout parce qu'il leur faut un régime sans sel strict, enfin sans sel important donc ils mangent rien » (5)

#### **f. Comorbidités**

La prévalence de comorbidités chez les patients insuffisants cardiaques est importante et gênante selon les médecins. « souvent il y a d'autres pathologies...assez lourdes » (6) «oui quand même, on a beaucoup de gens qui ont des pathologies rhumato associées, des choses comme ça. » (3) « Affection rhumatismale...t'en a qui ont une insuffisance cardiaque sans avoir d'affection rhumatismale? » (8) « les insuffisances rénales, c'est chiant les insuffisances rénales ! » (2)

Pourtant, le médecin 12 présume que ces comorbidités sont encore sous-diagnostiquées. « je pense qu'il y en a beaucoup qu'on ne dépiste pas » (12)

La polyopathie induit une polymédication et une prise en charge complexe pour le médecin. « ça leur fait une sacrée polymédication » (6) « forcément c'est des prises en charges qui sont très complexes. C'est surtout ça. Diabétique, insuffisant rénal, insuffisant cardiaque, enfin voilà, ça pose toujours plein de problèmes» (12)

Ces situations étant fréquentes, les médecins généralistes doivent quotidiennement composer avec ces difficultés. « je pense qu'on est très iatrogène au bout d'un moment, mais...voilà enfin malheureusement de plus en plus le cas, donc les polyopathologies, on fait avec. C'est notre quotidien. » (12)

#### **g. Vaccinations**

Sur l'ensemble des entretiens, un seul médecin évoque le devoir de vaccination anti-grippale, mais reste très sceptique sur son efficacité. « Bah oui, bon faut leur proposer le vaccin contre la grippe et machin mais...je trouve pas ça du tout efficace, m'enfin bon. » (5)

#### **h. Prescription d'activité physique**

2 médecins interviewés sur 11 mentionnent la prescription d'activité physique, mais aucun ne l'a expérimentée. « je n'ai jamais...je connais pas, en pratique ça se fait pas pour l'instant » (3)

### **MANIPULATION DES TRAITEMENTS**

#### **a. Initiation et adaptation variables**

- initiation et adaptation par le médecin généraliste

Les généralistes initient aisément les IEC et les diurétiques. L'introduction des bêtabloquants et de l'Entresto est souvent déléguée au cardiologue, ou soumise à son avis. « Alors, je prescris les IEC quand même, voilà. Et si ça marche pas, un sartan. Un bêtabloquants... avec le cardiologue. » (5) « Et puis après, bah il y a l'Entresto là qui est plus...qui est plus...qui est plus récent. Euh celui-ci, je ne l'ai pas initié. » (6)

L'initiation de ces médicaments est facilitée par l'échéance proche d'une consultation avec le cardiologue. « Je commence le traitement et après le cardiologue va augmenter, va diminuer, va changer peut être selon l'ECG, selon le... [...] j'ai le cardiologue dans peu de temps, donc je commence avec la plus simple chose » (7) « bêtabloquant ça m'arrive extr...j'ai jamais trop initié, enfin...ou après appel au cardio avec une surveillance cardio dans le mois » (8)

Les médecins modifient leurs habitudes dans des contextes précis. « il y a toujours des cas particuliers, moi j'ai des patients âgés en maison de retraite, j'attends pas le cardiologue je mets un IEC... » (3)

L'adaptation thérapeutique est pratiquée sans difficulté par les médecins interrogés. « par contre j'adapte la posologie, ça, ça me gêne pas d'adapter. » (6) « j'adapte pas mal de choses de ce côté-là. Je change des doses de bêtabloquants régulièrement, d'IEC aussi. » (3)

- maniement des traitements délégué au cardiologue

7 médecins sur 11 laissent habituellement l'initiation des traitements au cardiologue ou à l'hôpital. « c'est le cardiologue, ça c'est clair » (12) « c'est quand même à l'hôpital, parce qu'ils ont fait une décompensation d'insuffisance cardiaque avant d'être pris en insuffisance cardiaque chronique donc à partir de ce moment-là, il y a le traitement qui est élaboré à l'hôpital » (2)

Aucun des médecins ne manipule l'Entresto, par méconnaissance de cette nouvelle spécialité. « J'en ai sous Entresto mais c'est pas moi qui m'en occupe. Là je gère pas trop, même l'augmentation de dose...c'est pas trop à nous de gérer ça, enfin moi je connais pas trop ces produits. Je laisse faire les cardiologues. » (3) « Il est sorti de l'hôpital avec une dose d'Entresto trop importante et il a fallu que j'appelle le cardiologue pour réadapter la dose parce que je savais pas du tout...je connais pas ce médicament, c'est pas quelque chose que je me permets de manipuler » (13)

L'initiation des bêtabloquants est souvent problématique pour les généralistes interrogés du fait des contre-indications et effets indésirables. « j'attends d'avoir le bilan du cardiologue » (10) « les bêtabloquants c'est toujours un peu plus délicat, quand ils arrivent à un certain âge et tout, si on n'a pas un électro » (3)

L'arrêt d'un traitement de fond est également laissé à l'appréciation du spécialiste par crainte de déstabiliser l'insuffisance cardiaque chronique. « Si tu vois un mec qui a eu une prise en charge en cardio et qui a un bêtabloquant, même s'il est asthmatique, tu dis au cardiologue de se débrouiller avec, ou au pneumologue de se débrouiller avec. Si tu y touches, tu cours à l'accident. » (2)

#### **b. Risque iatrogène des traitements de l'insuffisance cardiaque**

Les médicaments de l'insuffisance cardiaque induisent fréquemment des effets secondaires et indésirables. Ils peuvent altérer la qualité de vie et favoriser les chutes, complications redoutées par les généralistes. « au bout d'un moment quand t'as une hypotension... Il faut un équilibre pour que...leur vie à domicile, voilà, qu'il y ait pas des risques de chute. » (1) « bah les IEC, le problème c'est la toux » (2)

La gestion des perturbations ioniques et rénales iatrogènes est parfois difficile pour certains médecins. « Je patauge un peu quand...quand le potassium commence à monter, que la créat baisse...voilà j'ai parfois du mal » (6)

Le risque iatrogène étant majoré avec l'âge, les modifications thérapeutiques brutales sont perçues comme risquées dans cette population âgée. « Ils t'ont tout changé, en un rien de temps, j'étais folle. Elle avait 103 ans [...] j'ai rien contre le traitement de l'insuffisance cardiaque hein, mais chez quelqu'un qui a plus de 90 balais, on peut peut-être y aller un peu doucement quoi » (8)

La situation particulière que représente la sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation d'insuffisance cardiaque est délicate pour le médecin 1, du fait des changements thérapeutiques et leurs effets secondaires éventuels. « des fois, t'as des gens qui sortent d'hospitalisation avec des grosses doses de Lasilix et en fait ils sont hypotendus, ils reviennent à domicile eh bah là quand ils sont à domicile, eh bien ils reprennent leurs activités et pour certains bah des chutes [...] t'as des personnes qui rentrent à domicile et ils sont bradycardes et ils sont hypotendus » (1)

Les médecins sont conscients de la iatrogénie impliquée par les comorbidités et la polymédication qui en résulte. Cette situation leur semble de plus en plus fréquente. « Diabétique, insuffisant rénal, insuffisant cardiaque, enfin voilà, ça pose toujours plein de problèmes effectivement mais je pense qu'on est très iatrogène au bout d'un moment, mais...voilà enfin malheureusement de plus en plus le cas » (12)

Ainsi, la iatrogénie est souvent anticipée par les interviewés, qui encadrent le risque par une surveillance accrue. « On sait que ça peut arriver » (2) « je vais faire super gaffe, je vais mettre une surveillance biologique, enfin tu vois, tu mets un passage infirmier, tu blindes » (8)

### c. Facteurs influant la prescription

L'examen clinique est le premier facteur influençant la prescription médicamenteuse. « c'est vraiment la clinique, oui. J pense que...enfin je sais pas si c'est comme ça qu'il faut faire mais...mais bon je pense. Enfin, je...je sais pas mais c'est ce que je fais toujours. » (5)

Les médecins s'appuient également sur les paramètres biologiques, notamment les BNP, pour guider le traitement. « des fois, c'est pas évident, et euh, et là moi j'utilise les BNP » (5) « ils ont tous leur créat, BNP, [...] on a quand même besoin d'un iono et puis d'une NFS pour savoir si ils ont pas une petite anémie et puis une créat parce qu'on a quand même besoin de vérifier qu'il y a pas une insuffisance rénale derrière » (10)

Le médecin 6 admet que ses habitudes impactent sa prescription, malgré sa connaissance des recommandations. « spironolactone, j'ai eu moins l'habitude, j'ai moins le réflexe » (6)

Elle explique que sa prescription est directement influencée par la lecture de revues dédiées aux médecins généralistes. « le Procoralan je voulais l'enlever...j'ai lu Prescrire et il était pas dans le top 10...donc j'ai essayé de virer des Procoralan » (6)

Par ailleurs, l'attitude thérapeutique est modifiée par l'existence ou non d'une alternative en cas d'intolérance à un médicament. « quand ça arrive, bah on est un peu obligé de changer...de réduire les doses, de changer de molécule, de passer aux ARA II dont on sait pas trop si c'est aussi performant. Mais bon, quand un mec tousse à cause des IEC, c'est de pire en pire...enfin pfff, on est obligé d'arrêter. » (2)

Ces alternatives sont surtout utilisées pour l'antalgie. « j'ai appris à faire des infiltrations ! Pour arrêter de filer des trucs per os » (6) « Le tramadol, moi j'aime pas beaucoup chez les personnes âgées. Parce que quelques fois c'est vraiment très mal toléré. Après au niveau antalgique, quelques fois des petites doses de morphine. À petite doses. Quelques fois, ça fait moins de dégâts qu'un codéiné ou un tramadol. » (1)

Des erreurs commises dans le passé modifient aussi la prescription, par effet d'apprentissage. « puis moi j'ai eu une fois un mec qui avait une insuffisance rénale aigue, ça calme. Il a pris 2 comprimés d'Ibuprofène parce qu'il avait un état grippal et boum insuffisance rénale aigue ! [...] Depuis l'Ibuprofène.... » (2) « On apprend de ses échecs. Vaut mieux pas en avoir trop mais on apprend de ses échecs. » (10)

2 médecins évoquent les pressions, d'origines diverses et aux intérêts différents, auxquelles ils sont soumis dans leur prescription. « il y avait quand même une pression de la part les labos etc » (2) «Après on peut toujours dire qu'on a la pression médiatique » (2) «on vient te foutre une amende parce que tu as mis Lasilix au lieu de Furosémide » (8) «je me fais engueuler comme du poisson pourri par les pharmacies ou par l'hôpital. » (8)

L'âge du médecin induit des différences de pratique et de prescription, comme l'observe le médecin 8. « je vois la différence entre ceux qui ont eu des vieux médecins vraiment très vieux, ceux qui ont eu des médecins qui sont arrêtés mais qui étaient pas si vieux et ceux qui ont eu des médecins qui sont encore un peu à la page » (8)



#### d. Traitements contre-indiqués dans l'insuffisance cardiaque

Bien qu'ils connaissent la contre-indication des AINS et corticoïdes dans l'insuffisance cardiaque, plusieurs médecins ont été amenés à en prescrire pour soulager les patients ayant des comorbidités rhumatologiques très douloureuses. « Bah non, les anti-inflammatoires dans l'insuffisance cardiaque faut pas...ou alors on a affaire à des gens qui ont des douleurs et qui préfèrent avoir de l'insuffisance cardiaque que des douleurs rhumatismales. » (2). « je pense que ça a dû m'arriver, sur des courtes périodes bien sur...parce que des fois, je pense à des crises de goutte, voilà, truc un peu pénible, voilà, on est un peu bloqué entre l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque... « qu'est-ce que je mets ? » donc à un moment donné faut trancher ! » (12)

Cela conduit parfois à des prises en charges contradictoires. « je leur dis de pas manger d'anti-inflammatoires...mais je les prescris ! » (5)

2 d'entre eux ont une expérience négative de cette prescription, associée à une forte culpabilité. « Parce que la petite dame où j'ai mis un peu d'anti-inflammatoire, j'ai dit je surveille le rein, machin tout ça...ça a pas fait, elle a dégradé son rein, et là je m'en suis voulue » (6) « il y a des médecins un peu cons, qui en prescrivent, comme moi l'autre jour. » (5)

Pour beaucoup de patients, la qualité de vie prime sur le risque de décompensation cardiaque, contraignant parfois le médecin à utiliser les médicaments contre-indiqués. « on est souvent confronté aux gens qui font des douleurs rhumatismales, qui souffrent vachement, qui sont bien soulagés par les anti-inflammatoires, tu leur dis « faites gaffe, vous allez fatiguer votre cœur », ils en ont rien à battre. Ils ont mal, alors si tu veux, c'est ça qui les préoccupe. » (2)

Par conséquent, les AINS étant en vente libre, le médecin 5 pense que l'automédication est importante malgré les consignes d'éviction. « des fois ils prennent ceux de leur mari [...] Il y en a sans doute beaucoup parce que l'ibuprofène tout ça, c'est en vente libre » (5)

Lorsque l'utilisation des AINS ou corticoïdes semble inévitable pour soulager leurs patients, beaucoup de médecins interrogés s'orientent plutôt vers les corticoïdes, qu'ils jugent moins délétères. « des anti-inflammatoires, j'en mets pas. Des corticoïdes en cure courte quand t'es obligé, mais les anti-inflammatoires bah non » (1) « Donc ils ont en plus une insuffisance cardiaque alors dans ce cas là on enlève carrément les AINS. Je serais plus corticoïdes qu'AINS. Mais en cures courtes. » (3)

Dans cette situation, le médecin 13 adopte une démarche plus prudente en s'appuyant sur l'avis du cardiologue pour évaluer la balance bénéfico-risque et décider du traitement. « ... pfff s'il fallait le faire, je crois...je sais pas, je crois que je passerais un coup de fil au cardiologue. Quelles sont les possibilités en fonction du cas du patient, on pèse le pour le contre euh...si vraiment j'ai une solution je fais une autre solution, si j'en n'ai pas d'autre euh...j'appelle le cardiologue » (13)

Les formes locales sont également utilisées en alternative aux formes per os, même si leur risque est mal connu. « Alors est-ce que la pommade est autant contre-indiquée que la non pommade ? Je sais pas, j'espère que non parce que vu les tonnes qu'ils achètent » (8)

Le médecin 11 évite globalement l'utilisation des AINS. « enfin de toute façon, même quand il y a pas d'insuffisance cardiaque, quand on peut éviter... » (11)

## **TRANSMISSION DES CONNAISSANCES**

### **a. Moyens et méthodes de la transmission**

- Pas de consultation d'annonce

Les médecins interrogés ne réalisent pas de consultation d'annonce mais délivrent l'information au fur et à mesure des consultations. « Au fur et à mesure, éventuellement, de certaines consultations, il y a des choses qui sont...mais bon c'est pas vraiment une consultation dédiée quoi, c'est clair. » (3) « en fait en général, il y a plusieurs étapes » (8)

- Transmission des connaissances et conseils

Les médecins recommandent tous à leurs patients insuffisants cardiaques les principales règles hygiéno-diététiques. « je leur recommande de marcher 30 minutes 3 fois par semaine. Voilà. Euh plutôt...voilà sur du plat, à leur rythme » (6) « je donne des conseils d'une alimentation pauvre en sel, pas sans sel strict, en donnant quelques exemples notamment en évitant plutôt les charcuteries, les conserves, les biscuits apéritifs, les chips, les choses très salées. » (12) « c'est pas que l'hygiène alimentaire, c'est le principe d'éviter le surpoids et d'avoir une activité physique régulière, [...] parce que malheureusement la majorité sont en surpoids et « vous essayez de marcher au moins une demi-heure matin et soir » (10)

Ils les éduquent également à reconnaître les signes de décompensation cardiaque, principalement la dyspnée et les œdèmes, devant les amener à consulter. « je leur dis... « pesez-vous toutes les semaines pour voir si vous avez pas grossi, si vous avez pas pris 2-3kg d'œdèmes, auquel cas vous venez » » (5) « c'est surtout les histoires d'essoufflement et d'œdèmes des membres inférieurs. On leur dit et puis...alors comme on les voit régulièrement on leur pose la question à chaque fois qu'on les voit. » (2)

Peu de médecins donnent des notions de physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, mais font alors l'effort d'adapter leur discours aux patients. « je lui expliqué quand même son mécanisme, que c'était sur...là c'était en l'occurrence sur un passage en arythmie donc euh...que son cœur était irrégulier, il se contractait moins bien donc...il pouvait y avoir des œdèmes qui apparaissent etc, parce que au niveau du débit ça...c'était moins...c'était moins bon. Le cœur fatiguait plus, voilà » (6)

Un des médecins interrogés insiste sur l'explication du caractère chronique et récidivant de l'insuffisance cardiaque, nécessitant un suivi permanent des règles hygiéno-diététiques. « Si ils suivent pas leur régime, ça peut récidiver, c'est ça qui est pas toujours bien compris par les gens et puis quand ça va mieux, voilà, on recommence. » (1)

Certains patients sont également initiés aux effets et objectifs de leurs médicaments. « Il sait les...bien quel médicament sert à quoi » (6)

- Pas de régime sans sel strict

Les médecins savent qu'un régime sans sel strict n'est pas recommandé, et l'expliquent à leurs patients. « je donne des conseils d'une alimentation pauvre en sel, pas sans sel strict » (12)

- Des explications simples et superficielles

La plupart des médecins généralistes admettent éduquer de manière succincte leurs patients insuffisants cardiaques, pour ne transmettre que l'essentiel pour la prise en charge. « C'est plus

autour de la conduite à tenir que je vais insister que sur l'explication même de la maladie. » (10) « on leur dit qu'effectivement leur cœur est fatigué entre guillemets, que c'est pour ça qu'ils ont eu leur gêne respiratoire et tout, c'est là où on peut placer les recommandations principales et puis les signes d'alertes » (3)

Ils ont conscience que cette méthode n'est pas optimale, et ne correspond pas à une réelle éducation thérapeutique. « c'est des conseils comme ça en consultation mais c'est vrai que c'est vite fait » (6) « quelques conseils...global quoi. Ca pourrait surement être mieux. » (5) « nous c'est très sommaire en général » (3)

- Des explications non systématiques

De nombreux généralistes ne font pas systématiquement l'annonce diagnostique, ou le font sans en être réellement conscients. « si je leur dit « vous êtes en insuffisance cardiaque, voilà vous avez un diagnostic d'insuffisance cardiaque », sans doute que je le dis des fois, mais sans doute pas toujours.» (5) « Je l'ai pas fait euhh...ou je l'ai fait sans m'apercevoir. » (7)

- Répéter l'information au patient

Ils soulignent l'importance de répéter plusieurs fois l'information au patient, pour maintenir ses connaissances et favoriser l'observance. « il faut réexpliquer à chaque fois. » (1) « je relance toujours un petit peu le sujet, voilà, quand des fois ils sont un peu plus essoufflés, on sent qu'il y a une petite décompensation, donc on remet une piqure de rappel » (12)

- Un langage parfois direct pour faire entendre les risques au patient

Deux médecins adoptent un langage parfois abrupt lorsqu'ils ont le sentiment que leur patient ne comprend pas les risques de l'inobservance. « ils marquent maintenant sur les tabacs « fumer tue » et je leur dis : « si vous savez lire euh...essayez de comprendre ». [...] de dire aux gens qu'il faut pas fumer, ça me gêne pas. » (10) « je peux être très direct si vraiment je vois que le patient comprend pas, qu'il mesure pas les risques. » (13)

- Peu d'utilisation de supports

Globalement les médecins n'utilisent pas de support écrit pour expliquer la pathologie et sa prise en charge à leurs patients. Un médecin a parfois recours au dessin. « Je fais moi-même des petits dessins, si besoin. Mais c'est tout » (7)

- Une annonce partagée avec le spécialiste

Les généralistes s'appuient en partie sur le cardiologue pour faire l'annonce de la maladie. « c'est le cardiologue, en première intention et moi en seconde ou c'est moi qui l'envoie vers le cardiologue et je lui dis voilà « peut être, peut être votre cœur est devenu insuffisant » (7)

- Favoriser l'information par les professionnels de santé plutôt que par les médias

Le médecin 7 regrette la place des médias dans l'information médicale donnée au grand public, au détriment des sources médicales jugées plus fiables. « je souhaiterais que la population soit un peu mieux...euh sensibilisée mais par les facteurs médicaux, pas par les médias » (7)

## b. Problèmes et contraintes observés

Trouver l'occasion de transmettre ses connaissances aux patients est une contrainte évoquée par plusieurs généralistes interrogés, puisqu'ils font en sorte que l'explication devienne concrète. « le dosage de NTproBNP [...] ils disent « tiens il était moins bien ce chiffre-là » ou « mieux ». Donc ça permet des fois un petit peu d'en parler c'est pas plus mal » (3) « quand j'ai l'occasion je leur dis qu'ils ont le cœur un peu fatigué » (2)

Le médecin 8 éprouve des difficultés avec certains patients qui évitent les consultations, diminuant par conséquent le nombre d'occasion de transmettre l'information. « ceux vraiment pour lequel faudrait que je le fasse, je les vois finalement très peu. Ils s'arrangent hein. [...] Donc on les voit pas beaucoup. Euh...ils aiment pas venir. » (8)

La compréhension des modalités et objectifs des règles hygiéno-diététiques par le patient est un autre problème rencontré par les généralistes. « des gens qui disent « ah je suis debout tout le temps ». Bah oui mais c'est pas de l'activité » (1) « Et ils se posent la question : « pourquoi il faut changer ? », « je suis bien comme je suis » » (7)

Le médecin 1 trouve difficile de faire entendre le bénéfice des mesures préventives chez des patients asymptomatiques. « ce qui est pas évident, c'est de faire passer les principes de prévention » (1)

2 médecins ont parfois le sentiment de ne pas être écoutés par les patients, provoquant un certain découragement. « quelques fois on a vraiment l'impression de prêcher dans le désert » (1) « après on essaie de leur dire mais vous savez sinon il y aurait que des gens en bonne santé si on y arrivait » (5)

Les explications doivent être adaptées pour ne pas surcharger d'informations les patients, car le risque est de noyer l'information essentielle à la prise en charge. « je suis quelqu'un qui à la base expliquait beaucoup et en fait je m'aperçois que je donnais trop d'explications, ça perdait les gens et que... voilà, si ils sont pas demandeurs je pense qu'il faut pas les assommer. Par contre, qu'ils aient bien compris les tenants et les aboutissants, des règles d'hygiène et des signes d'alerte, ouais ça c'est... ça je pense que c'est bien de le redire parce qu'on le fait peut-être pas assez » (6)

Le médecin 3 pense que des règles diététiques souples sont plus difficiles à enseigner et à comprendre que l'éviction complète d'un type d'aliment, rendant le risque d'inobservance plus important. « c'est rarement régime sans sel strict donc c'est peut-être là où ça pose problème. C'est plus simple de dire strict que finalement de laisser des portes ouvertes parce que en fait à chaque fois ils ont tendance à s'engouffrer dedans » (3)

Toutes ces contraintes s'ajoutent à un temps de consultation limité qui gêne la transmission des connaissances. « c'est quand même très court en consultation de faire une vraie (*insiste sur le mot*) éducation thérapeutique » (3) « les consultations sont déjà hyper longues. Euh...c'est un peu difficile, de reprendre en détail chaque chose » (6) « c'est le problème du temps donc de toutes façons l'éducation thérapeutique, ça va se limiter à quelques mots en consultation » (13)

Le médecin 8 a tenté de consacrer certaines consultations à l'éducation de ses patients, mais décrit un rapport temps-bénéfice négatif, l'obligeant à arrêter cette activité. « Avant, j'essayais de me faire de temps en temps une...une consultation diététique, mais c'est super compliqué parce que t'as pas de suivi derrière, c'est hyper chronophage. Donc quand j'ai vu la rentabilité de ma consultation diététique, j'ai envoyé à la diététicienne » (8)

Enfin, les médecins généralistes sont conscients de leur manque de formation à l'éducation thérapeutique. « l'éducation thérapeutique, c'est toujours un souci, je crois que faudrait qu'on se forme un peu plus...sur l'éducation thérapeutique » (11)

### **c. Une action aléatoire et difficile à évaluer**

Quelques médecins de l'échantillon ne savent pas s'ils annoncent le diagnostic d'insuffisance cardiaque à leurs patients, ni de quelle manière. « Je l'ai pas fait euhh...ou je l'ai fait sans m'apercevoir » (7) « euh...comment je lui ai expliqué ? » (6)

Le médecin 10 explique que son influence est moindre que celle du spécialiste, notamment sur les patients qu'il connaît depuis très longtemps, et dont il est proche. « Quand ils vont voir le spécialiste [...] ça leur permet parfois de prendre conscience de ce que nous on est plus capables de faire passer. Quand, moi, il y a des patients que je connais depuis très très longtemps [...], certains vous tutoient, quand ils faut leur expliquer qu'il faut prendre un régime sans sel, qu'il faut aller marcher tous les jours, ils sont gentils mais ils vous trouvent plein de prétextes, ils vous disent : « tu te rends compte, j'ai mal aux jambes, je suis fatigué, je m'essouffle vite », quand ils vont voir le spécialiste qui les connaît moins bien, ça porte plus » (10)

Son impact est également différent selon son rapport d'âge avec le patient. « Quand j'étais jeune médecin, je leur disais « vous verrez quand vous aurez mon âge », et ça les faisait tous marrer parce qu'ils étaient tous plus vieux que moi en majorité, maintenant quand je leur dis « vous verrez quand vous aurez mon âge » ils rigolent moins parce qu'ils sont tous plus jeunes » (10)

Les médecins n'ont pas réellement de retour sur leurs actions et conseils, et ne savent pas les évaluer avec certitude : l'observance induite par leurs enseignements est mal connue. « savoir le retour de notre conseil, je sais pas lequel, enfin, je sais pas le quantifier, je sais pas vraiment ce qu'ils font » (12) « Je sais pas si c'est facile de les éduquer » (2)

## **C. Les limites de leur spécialité de Médecine Générale**

### ***PRINCIPES ET VALEURS DETERMINANT LES ACTIONS DU MEDECIN GENERALISTE***

#### **a. Perception de leur métier par les médecins généralistes**

Les médecins généralistes interrogés aiment leur métier. Le médecin 10 est le plus éloquent à ce sujet. Premièrement, il souligne que ce métier est varié, et en tire une grande satisfaction. « on a cette chance dans notre métier de pouvoir voir des pathologies extraordinairement variées quand on est médecin généraliste » (10)

Ce métier est complexe mais stimulant intellectuellement, et résoudre des situations compliquées est un défi plaisant pour le médecin 10. « évidemment plus le malade a de pathologies et plus c'est compliqué. C'est ce qui fait quand même le charme de notre métier. C'est que parfois on se creuse les méninges » (10)

Il ajoute que la médecine générale enseigne la modestie et la prudence à ceux qui la pratiquent. « vraiment, la médecine est une école d'humilité. On se réjouit de ses succès et on apprend de ses échecs. » (10) « Donc on apprend tout le temps qu'il faut être prudent. Tout le temps. » (10)

Mais cet épanouissement professionnel demande aux généralistes beaucoup de temps et d'investissement. « ce sont des consultations qui sont bien chronophages donc c'est toujours un problème de temps quoi, c'est...c'est très intéressant mais c'est long » (12)

La disponibilité est donc inhérente au métier de médecin généraliste. « il y a des gens à qui vous donnez votre portable pour que les gens puissent vous joindre. Ça, ça fait partie de la règle du jeu » (10) « Mon rôle, tel que je l'entends, c'est d'être à la disposition de mes patients » (10)

Ainsi, tous les médecins interrogés donnent la priorité à leurs patients et à leur qualité de vie. « Moi, mon esprit c'est : on ne doit jamais oublier qu'on soigne un être humain et pas qu'on soigne une maladie, or c'est pas du tout la même chose. » (10)

Une grande importance est donnée à la confraternité et à l'empathie envers les autres professionnels de santé. J'ai également pu ressentir cette bienveillance à mon égard lors des entretiens réalisés. « Il faut se mettre à la place du cardiologue aussi » (10) « ça va vous donner des éléments en plus, tant mieux. » (13) « moi aussi j'ai fait ma thèse...j'étais contente que les gens me répondent aussi. » (5)

En revanche, c'est un métier exigeant qui fait porter sur les généralistes une grande responsabilité, et parfois subir une certaine pression. « il y a un principe, je ne veux plus me laisser culpabiliser en me disant : « vous avez pas fait » » (10)

## **b. Rôle du médecin généraliste**

### **- Un rôle d'accompagnement des patients**

Les médecins généralistes sont conscients de leur rôle de premier recours. « C'est nous qui donnons les principales indications » (3)

Ils ont un rôle de soutien au patient, dont ils respectent les choix, en s'assurant qu'ils sont éclairés par une explication intelligible des risques. « Il a le droit de dire « oui » ou de dire « non », ça c'est pour moi, une liberté fondamentale » (10) « on est obligé de suivre » (13) « voilà ce que vous risquez. Après c'est votre santé, et voilà le risque parce qu'il faut que vous le sachiez » (13)

Cet accompagnement implique d'écouter et rassurer les patients, rôle chronophage en pratique. « un espace où ils aient un temps de parole pour parler et pour qu'on puisse...avoir avec eux, que nous on n'a pas, franchement, le temps de parole. J'essaye, moi mais c'est court. » (3) « il y a des moments où tu passes du temps quoi ! [...] A rassurer... » (8)

Le médecin 12 considère qu'elle doit apporter un renforcement positif et un encouragement aux efforts fournis par ses patients. « En tout cas toujours les encourager, je crois qu'il faut être positif, c'est-à-dire que même si c'est marcher 3 minutes dehors, c'est mieux que rien. Donc voilà c'est un peu l'état d'esprit » (12)

Elle pense devoir donner l'exemple des comportements à adopter, et donner une cohérence entre ses paroles et ses actes, pour renforcer sa crédibilité. « ils savent qu'on fait des activités sportives, on vient en vélo au cabinet, donc ça, je pense que c'est peut-être un peu aussi le côté influençable pour eux, enfin voilà...c'est vrai qu'on serait fumeurs, obèses et sédentaires, je pense qu'on aurait moins de portée que...je crois qu'ils s'identifient quand même [...] de savoir que leur propre médecin est actif, je pense que c'est pas négligeable. » (12)

- Un rôle de référent dans la prise en charge

Les généralistes interrogés, en tant que médecins de premier recours, savent gérer seul le suivi et les situations de décompensations d'insuffisance cardiaques simples. « quand c'est simple après on peut gérer nous-même. » (12) « Donc on n'a pas peur, on sait qu'il faut monter, [...] si c'est possible alors on essaye d'augmenter » (2)

Ils ont pour principe le « primum non nocere » comme l'énonce le médecin 10. « en médecine on m'avait appris, moi, primum non nocere » (10) « où est-ce que je vais être moins délétère » (6)

Soulager leurs patients et maintenir leur qualité de vie est fondamental pour eux. « il faut bien le soulager » (10)

Ils doivent assurer la prise en charge médicamenteuse et peser la balance bénéfice-risque de chacune de leur prescription. « on doit se poser la question du bénéfice qu'on veut lui apporter par rapport à la toxicité éventuelle d'un médicament » (10) « les possibilités en fonction du cas du patient, on pèse le pour le contre » (13)

Ils doivent donc rester vigilants quant au risque iatrogène. « On sait que ça peut arriver » (2) « Moi, j'ai très peur de ça. C'est-à-dire que je vais le faire vraiment mais euh...dose par dose euh...extrêmement doucement et précautionneusement » (8)

Plusieurs médecins évoquent le fait de devoir proposer une prise en charge à leurs patients insuffisants cardiaques, même lorsque celle-ci est délicate ou lorsqu'un refus est attendu. « Quand t'as une grosse insuffisance cardio-rénale, faut bien traiter quand même » (1) « je suis là pour les aider et je leur propose des choses » (11)

Ils ont aussi un rôle d'explication et de transmission des connaissances aux patients. « leur expliquer un certain nombre de choses et pour leur donner éventuellement quelques tuyaux intéressants » (10)

- Un rôle de coordination

Les médecins interrogés savent demander de l'aide dans les situations qui les dépassent, leur rôle étant de peser les indications d'un avis spécialisé. « si je sens que ça me dépasse, si ça devient un petit peu plus compliqué, soit j'appelle le cardio soit c'est nécessité d'être hospitalisé » (12) « Je patauge un peu quand...quand le potassium commence à monter, que la creat baisse...voilà j'ai parfois du mal, c'est là où j'ai le coup de fil facile » (6)

Ils assurent la coordination et trouvent des compromis entre les différents acteurs de santé. « c'est-à-dire que on prend en charge le patient mais faut aussi appeler les intervenants, les infirmiers, enfin voilà, que tout le monde soit bien vigilant, bien coordonner les choses » (12) « entre le cardiologue et le néphrologue, on arrive, on essaie de trouver un compromis » (12)

Les médecins anticipent la consultation spécialisée par un avis téléphonique afin de faciliter et accélérer la prise en charge. « on les a facilement au téléphone. C'est l'avantage quand même, on les connaît donc on peut très facilement avoir des avis déjà, des premières choses déjà pour débrouiller le terrain avant d'avoir la consult' » (12)

### **c. Compétences requises**

Vis-à-vis de ses patients, le médecin se doit d'être pédagogue. « le rôle de pédagogie du médecin traitant est quelque chose qui est important » (10)

Cette pédagogie s'associe à la diplomatie lorsqu'il s'agit de réaliser l'annonce diagnostique et de délivrer les consignes hygiéno-diététiques. « je vais pas lui dire « t'as une insuffisance cardiaque, mon gars » comme ça hein ! » (8) « c'est pas facile entre alerter, un qui...voilà trouver le juste milieu pour pas qu'ils se braquent aussi » (11)

L'empathie est une aptitude essentielle, souvent éprouvée lorsqu'ils évoquent la douleur de leurs patients. « je me mets un peu à leur place. Quand t'as 75 ans, que t'as mal et que t'as le cœur un peu malade...t'as mal, c'est la douleur qui fait suer » (2)

En revanche, ils semblent peu empathiques en ce qui concerne les facteurs de risque modifiables par les comportements alimentaires. « arrête de bouffer des chips ! » (8)

La neutralité du médecin généraliste est importante pour assurer la qualité de la prise en charge, les a priori pouvant fausser son jugement. « j'essaye le plus souvent de faire comme si jamais je les voyais pas, de manière à ne pas me laisser, comment dirais-je...déborder par mes sentiments, si on peut dire, du moins parmi les impressions » (10)

La vigilance et la prudence doivent être continues car les patients insuffisants cardiaques sont fragiles et peuvent rapidement décompenser. « le patient qu'on doit vraiment avoir à l'œil, auquel on va vraiment faire attention et bon c'est aussi que ça peut se dégrader extrêmement rapidement » (13) «Donc on apprend tout le temps qu'il faut être prudent. Tout le temps » (10)

Dans leur pratique quotidienne, plusieurs interviewés insistent sur l'importance d'être pragmatique. « quand j'ai vu la rentabilité de ma consultation diététique, j'ai envoyé à la diététicienne » (8) « le rôle du médecin de terrain, c'est pas d'être dogmatique, c'est d'être pratique » (10) « maintenant j'ai tendance à être un peu pragmatique donc quand je vois que la creat est trop élevée, si je peux essayer de baisser un peu les diurétiques je vois » (6)

Le médecin 2 rappelle qu'il est primordial d'avoir un esprit critique sur l'information reçue. « les labos ils présentent un médicament c'est pour vendre leur cuisine » (2) «est-ce que les mecs qui diffusent sur Internet sont des gens dignes de confiance ? » (2)

Enfin, la capacité à se remettre en question est une qualité essentielle pour les médecins généralistes, qui savent apprendre de leurs erreurs et reconnaître leurs limites. « la médecine est une école d'humilité [...] faut se remettre en cause tout le temps » (10) « par contre si je vois que c'est trop sévère [...] c'est plus moi, je peux pas assurer ça » (12)

## **LIMITES DU MEDECIN GENERALISTE**

### **a. Limites dans la prise en charge thérapeutique**

- Limites liées au médecin généraliste

La première limite décrite par les médecins interrogés est l'incapacité à gérer seul une situation complexe. « il avait une hyperkaliémie, une insuffisance rénale, enfin je me sentais pas de manager son...sa décompensation cardiaque à domicile » (6)



Ils admettent pratiquer insuffisamment l'éducation thérapeutique, entre autres par manque de formation. « non pas assez. Un peu mais pas assez » (8) « après l'éducation thérapeutique, c'est toujours un souci, je crois que faudrait qu'on se forme un peu plus...sur l'éducation thérapeutique » (11)

Plusieurs médecins pensent que l'éducation aux règles hygiéno-diététiques nécessite l'intervention de plusieurs personnes, et que l'action du médecin généraliste seul est insuffisante. « ça peut pas être sur la tête du médecin généraliste, c'est forcément sur une équipe, sur un réseau, sur plusieurs personnes » (12)

Ils n'intègrent pas toujours à leur pratique certains aspects de la prise en charge, notamment l'orientation vers l'ERET ou l'annonce diagnostique. « Non j'ai pas fait encore. Alors que pourtant je le fais depuis longtemps pour l'obésité, mais non je l'ai pas encore fait » (6) « en général c'est découvert par le cardiologue quand même. Ou...ou en milieu hospitalier donc c'est pas moi qui fait l'annonce » (11)

Certains généralistes suivent peu de patients insuffisants cardiaques, c'est pourquoi ils émettent des réserves quant à leurs réponses lors de l'entretien. « comme on n'en a pas beaucoup, on n'a peut être pas assez de recul avec ça » (13)

Par ailleurs, les médecins reconnaissent certaines limites par défaut de motivation ou d'implication.

L'intérêt ressenti pour l'insuffisance cardiaque est dépendant de chaque praticien, et influence la prise en charge. « C'est vrai que insuffisance cardiaque et BPCO, c'est pas là où je vais me jeter » (6)

L'implication du médecin dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques peut-être limitée par l'idée d'une évolution inéluctable de la maladie ou d'une inobservance probable. « l'insuffisant cardiaque chronique on le considérait comme étant un peu en fin de vie quoi, la prise en charge était un peu moins rigoureuse » (2) « en vieillissant je deviens un mauvais médecin, je perds plus mon temps, je passe plus...non non, non non sérieusement il y a des choses où on est moins motivé en vieillissant parce que quand vous avez l'impression que les gens vont pas vraiment accrocher... » (10)

Le médecin 5 admet agir parfois par facilité, même si elle éprouve de la culpabilité. « c'est plus facile de rajouter un peu de diurétique (*chuchote, puis rires*) que de leur expliquer... non mais bon je leur explique quand même ! » (5)

Le médecin 8 décrit un individualisme général induisant un manque d'intérêt pour le travail des autres professionnels de santé. « Mais on a tous...on a la tête dans notre guidon et on en a rien à branler de ce qui se passe sur la route de l'autre » (8)

Le médecin 10 est lassé par la passivité de certains patients, et considère que son rôle s'arrête là où commence l'implication du patient. « absolument pas pour faire à leur place ce qu'ils veulent pas faire eux-mêmes » (10) « c'est à lui de prendre en charge sa pathologie et pas d'estimer que c'est son docteur qui va tout régler. » (10)

#### - Limites liées à l'exercice ambulatoire

La première difficulté rencontrée par les médecins généralistes dans la pratique ambulatoire est la découverte de la zone géographique où ils exercent, notamment lors des visites à domicile. « moi au début pour trouver les fermes à B., c'est la merde parce que t'as...c'est des fermes isolées. » (8)

Cet isolement de patients en zone rurale gêne parfois l'accès à une prise en charge spécialisée, et contraint le généraliste à prendre des initiatives seul. « on fait ce qu'on peut parce que nous il nous faudrait une echo et tout, mais...elle a 90 ans, elle est dans le fin-fond de Saint B. bon voilà ! donc je me débrouille! » (5) « parce que...enfin si j'avais envoyé...Non mais c'est compliqué en plus, déjà faut...faut prévenir les enfants, faut un peu...bah oui enfin c'est...vous verrez c'est pas que...c'est pas simple la médecine à domicile » (5)

Le défaut d'accès rapide au cardiologue pour les patients contraint le généraliste à agir avant l'avis spécialisé. « Bah tu demandes un avis cardio mais... en fait on est quand même obligé d'essayer de se débrouiller un peu tout seul quoi » (1) « vu les délais de 9 mois, en général si on n'a pas adapté la dose avant on est mal » (3)

L'exercice ambulatoire induit des obstacles à la surveillance clinique, d'ordre technique ou humain, hormis chez les patients vivant en institution. « J'en ai une qui a fait une grosse poussée d'IC, elle est rentrée en maison de retraite, bah elle avait 9 de tension. En permanence. Donc c'est bien parce qu'elle était en maison de retraite mais tu pouvais pas la mettre debout » (1) « Qu'elle se pèse mais on n'a pas trouvé de balance » (5)

La surveillance biologique est également restreinte. « C'est pas quelqu'un chez qui tu vas faire un bilan tous les deux jours. » (1)

La surveillance de l'observance est complexe en médecine ambulatoire. Le médecin 8 contourne partiellement le problème lors des visites, en menant elle-même son enquête. « Tu vas pas surveiller ce qu'il mange parce que c'est pas le plateau de l'hôpital » (1) « moi quand je fais des visites à domicile j'ouvre le frigo » (8)

Chez les patients âgés vivant seuls à domicile, l'observance de l'activité physique est limitée par le risque de chute. « c'est compliqué parce qu'ils y voient moins bien, ils marchent moins bien, je veux dire il y a toujours le risque de chute [...] elle habite en campagne, à l'entrée du bourg de Saint B., elle est quand même isolée elle est pas dans le lotissement c'est un peu avant, si elle tombe bah (lève les bras) ...personne la rattrape, enfin c'est un peu compliqué quand même. » (5)

## **b. Limites des connaissances**

Les médecins interrogés sont conscients des limites de leurs connaissances théoriques. Ils s'en remettent aux spécialistes, qui sont au fait des derniers essais cliniques, pour guider la prise en charge. « à mon niveau de médecin généraliste, moi j'applique les recettes de cuisine qu'on me donne. Si demain les patrons du CHU me disent : « ouh la la dans l'hypertension dans l'insuffisance cardiaque, on donne plus de bêtabloquants parce que finalement il se trouve que c'était une vraie ânerie et on fait autrement », j'appliquerai sans discuter parce que je n'ai pas la compétence intellectuelle et je n'ai pas le recul bibliographique » (10)

Etant généralistes, ils doivent avoir des connaissances dans tous les domaines de la médecine, ce qui implique une grande quantité d'information à traiter et à mémoriser. « des recommandations t'en as dans tous les domaines » (1) « je ne peux pas vous...vous dire que je connais toutes les recommandations. Je ne peux pas » (7)

Ainsi, ils doutent de leur connaissance de la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque. « je l'ai lu il y a pas longtemps et là encore, j'étais en train de me dire « attends, il y a pas

les inhibiteurs calciques aussi dedans ? » » (6) « c'est les IEC et puis calciques...je pense, non je me trompe ? » (8)

Le médecin 13 juge que les recommandations sont insuffisamment diffusées aux généralistes, expliquant partiellement cette insuffisance. « on a été très peu informés là-dessus » (13)

La limite des connaissances concerne aussi les réseaux de prise en charge. Ils en savent peu sur l'activité des centres de rééducation proches, dont les fonctionnements semblent changer sans que l'information ne leur soit transmise directement. « je crois qu'ils le font plus, ou ils le font encore je sais plus » (6) « il n'y aura plus de cardio à B. là, ça y est, ils sont partis [...] C'est une secrétaire de là-bas qui m'a dit ça » (5)

L'ERET est un dispositif d'éducation thérapeutique plutôt bien connu par les interviewés, sauf pour la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. « t'as SOFIA, c'est pour les maladies chroniques. L'ERET aussi en partie. Mais t'as pas un truc spécial insuffisance cardiaque » (1)

### **c. Manque de temps**

Les médecins interrogés subissent presque tous la contrainte de temps dans la prise en charge de leurs patients insuffisants cardiaques.

La première difficulté est la multiplicité des motifs à traiter durant le temps de consultation, fréquemment associée à la polyopathie des patients insuffisants cardiaques. « les patients étant quand même de plus en plus polyopathologiques, euh...c'est hyper compliqué, enfin c'est-à-dire que quand on voit le patient on le voit pas pour l'insuffisance cardiaque, on le voit pour l'insuffisance cardiaque, le diabète, le machin, la crise de goutte, et puis le résultat de la belle-mère. Donc... C'est vrai que c'est compliqué. » (12)

Ils regrettent de ne pas pouvoir réaliser une réelle éducation de leurs patients faute de temps. « nous en pratique c'est quand même très court en consultation de faire une vraie (*insiste sur le mot*) éducation thérapeutique » (3) « avant je faisais vraiment des consultations un peu diététiques dédiées, enfin avant...et ça fait pas si longtemps...mais t'as pas le temps » (8)

Un examen clinique de qualité demande du temps, notamment chez les patients obèses ou dont l'autonomie est limitée. « C'est-à-dire, les faire déshabiller entièrement, ou à domicile. Euh quand ils ont des difficultés à marcher, et euh...ben le temps que ça prend de faire déshabiller une personne âgée, et obèse. Quand on veut vraiment bien regarder ses jambes et pas juste soulever le pantalon, qui est souvent très large, mais quand même, euh...eh bah rien que ça, faut déshabiller dès le début, hop ! » (6)

L'échange verbal et l'attention portée au patient sont importants mais également chronophages. « c'est aussi un temps de parole quelque part, qu'on leur laisse pas tellement [...] nous on n'a pas, franchement, le temps de parole. J'essaye, moi mais c'est court » (3) « faut avoir le temps de leur apporter de l'attention, qu'ils aient pas l'impression que vous voulez bâcler en 5 minutes » (10)

Le médecin 12 déplore l'impossibilité à assurer une surveillance rapprochée par manque de temps « c'est un problème de temps, enfin je veux dire si on avait le temps d'y aller tous les jours on le ferait mais là... » (12)

De nombreuses tâches annexes s'ajoutent au travail des médecins, provoquant leur indignation. « les prescriptions de la potence, du machin, du bordel, de la nana, de l'aide à domicile c'est ma gueule !

Le dossier APA c'est ma gueule ! La nana pour l'aide à la toilette c'est ma tronche ! » (8) « dans ces fameuses ROSP, la sécu m'avait écrit [...] en disant voilà « vous avez 156 patients diabétiques, il nous faut leur taux d'hémoglobine glyquée avant 15 jours ». Passionnant ! Au mois de janvier, on est en pleine épidémie de grippe et on va aller sortir 156 dossiers de patients diabétiques » (10) « Ça ajoute en plus, bah de la paperasse en plus. Déjà, bien... » (1)

La contrainte de temps se répercute parfois sur leur formation continue. « Mais le souci c'est que c'est à 8h du soir et que pour l'instant j'ai pas eu le temps » (8) « les gros paquets de l'HAS on n'a pas le temps de les lire » (13)

#### **d. Le risque médico-légal vécu comme une entrave à la liberté d'exercice**

Les recommandations de prescriptions données aux médecins sont parfois vécues comme une entrave à la liberté d'exercice, voire comme une manière de déléguer des responsabilités aux généralistes, ce qui indignent profondément le médecin 2. « je signe pas ça! Et ça c'est encore l'HAS qui a inventé ce truc là. [...] on te fait faire des trucs et après c'est toi qui endosses la responsabilité de choses dont... finalement c'est pas toi ! » (2)

Le médecin 10 déplore la responsabilité imputée par excès aux généralistes, et la non responsabilisation des patients, notamment lors de l'échec d'une prise en charge. « J'estime que dans toutes les prises en charge de pathologie si le patient prend pas conscience de cette démarche et la fait pas lui-même, je la ferai pas pour lui. [...] je ne veux plus me laisser culpabiliser en me disant : «vous avez pas fait ». Mon rôle à moi, c'est pas de porter sur les épaules tous les malheurs du monde et de vouloir les régler » (10)

Ainsi, le risque judiciaire est présent dans son esprit. « je me suis toujours dit, je finirai un jour au tribunal » (10)

#### **e. Sentiments du médecin généraliste**

Bien qu'ils aiment leur métier, les médecins interviewés ont un vécu négatif des difficultés de prise en charge de leurs patients insuffisants cardiaque.

La lassitude et le découragement sont plusieurs fois évoqués et laissent place à une démotivation lorsqu'il s'agit de faire face à une nouvelle difficulté dans la prise en charge. Ceci est surtout observé chez les praticiens plus expérimentés. « On se dit, « oh la la si ils veulent pas, on laisse tomber », parce que on en a marre, on est...enfin vous voyez. Il y a un peu une fatigue aussi, peut être que si j'étais plus jeune, je serais peut être plus motivée » (5) « il y a des choses où on est moins motivé en vieillissant » (10)

L'échec d'une prise en charge amène un sentiment de frustration et d'impuissance. « t'as majoré du Lasilix, bah au bout d'un moment tu peux pas trop euh...trop augmenter, quand tu majores les traitements et que tu vois que ça s'améliore pas » (1) « je veux bien qu'on règle tous les problèmes à coup de Paracétamol, c'est tout ce qu'on peut prescrire, mais bon, on y arrive pas trop » (5)

La culpabilité et le regret sont des sentiments systématiquement ressentis lors d'un accident iatrogène provoqué par les médecins interrogés. « là je m'en suis voulue » (6) « après, vous vous en voulez beaucoup. [...] au début vous êtes pas fier » (10)

L'échec, même partiel, induit une insatisfaction. « j'en ai quelques-uns, tous les ans qui arrêtent de fumer mais pas assez à mon goût et il y en a quelques uns tous les ans qui arrêtent de boire, largement pas assez à mon goût » (10)

## ***DOUTES ET REMISES EN QUESTION DU MEDECIN GENERALISTE***

### **a. Questionnements sur leur pratique**

5 médecins étaient perplexes et incertains quant à leur manière d'annoncer le diagnostic ou d'éduquer le patient. « je m'aperçois qu'en fait, quand tu me poses des questions, bah non j'explique pas trop » (6) « Je l'ai pas fait euhh...ou je l'ai fait sans m'apercevoir » (7) « euh...comment je lui ai expliqué ? » (6) « Peut être que je leur dis pas qu'ils sont insuffisants cardiaque, je sais pas si à chaque fois je leur dis » (5)

Ils se posent la question de la définition de l'éducation thérapeutique du patient, et de sa réalité en pratique de médecine ambulatoire. «J'étais en train de me dire : « est-ce qu'on fait de l'éducation ? » » (12) « Ça fait peut être partie de l'éducation hein, j'en sais rien » (3)

On observe moins de questionnement concernant la manipulation des médicaments. « est-ce que j'en vire des médicaments ? » (6) « Euh ça peut arriver. Je réfléchis aussi... » (11)

Les questionnements ont parfois fait apparaître un besoin de comparaison. 2 médecins parmi les plus jeunes ont exprimé un soulagement à l'évocation de pratiques similaires aux leurs chez les médecins interviewés précédemment.

### **b. Auto-évaluation du médecin généraliste**

Les interviewés ont des difficultés à juger eux-mêmes leur pratique. L'impact de leur action d'éducation est aléatoire et non mesuré. « savoir le retour de notre conseil, je sais pas lequel, enfin, je sais pas le quantifier » (12) « Je sais pas si c'est facile de les éduquer » (2)

Il en est de même pour estimer la concordance de leur pratique avec les recommandations. « je sais pas si c'est comme ça qu'il faut faire mais...mais bon je pense » (5) « alors je sais pas si je suis dans les clous par rapport à ce qui est recommandé, si j'en fais trop ou pas assez » (6)

Ils ont tous conscience du caractère incomplet de l'éducation thérapeutique qu'ils réalisent. « je fais plutôt du conseil minimaliste en fait » (12)

Ceci s'explique en partie par l'expérience de pratiques antérieures jugées inadaptées ou non rentables. Le médecin 8 a l'expérience de consultations diététiques qu'elle a estimées peu concluantes, et le médecin 6 a l'expérience d'explications précises qui ont semblé perdre le patient plutôt que l'éclairer. « je suis quelqu'un qui à la base expliquait beaucoup et en fait je m'aperçois que je donnais trop d'explications, ça perdait les gens » (6)

Ils se rendent compte de leurs prises de risques. « si vous voulez avoir une efficacité antalgique avec des anti-inflammatoires corticoïdes, il faut taper sur des grosses doses et alors là pour la rétention hydrique... » (10) « quand tu as une personne âgée, seule, à domicile, où il y a que les infirmières matins et soirs, que c'est l'hiver, tu te fais peur. » (1) « je savais que c'était risqué » (6)

La décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique est parfois une occasion d'évaluer son exercice et de cibler les actions à améliorer. « je m'aperçois aussi que peut-être, moi, avant la décompensation j'insiste peut-être pas...j'insiste peut-être pas assez » (6)

La comparaison aux autres praticiens aide à l'appréciation de leur pratique par les généralistes interrogés. « Quand tu vas aux groupes de pairs et en fait tu t'aperçois que, enfin voilà, les autres médecins... » (8)

### **c. Autocritique**

La majorité des médecins interrogés est critique sur les insuffisances de sa propre pratique. 5 médecins admettent avoir une faible expérience du suivi des patients insuffisants cardiaques du fait d'une faible incidence de la maladie dans leur patientèle. « j'ai trop peu de patients avec insuffisance cardiaque... » (7)

Ils se reprochent facilement le manque de transmission des connaissances à leurs patients, mais aussi le manque de temps d'écoute qu'ils leur consacrent. « je pense qu'on prend pas assez de temps de leur restituer, de leur expliquer » (6) « c'est aussi un temps de parole quelque part, qu'on leur laisse pas tellement » (3)

Les généralistes décrivent le manque de cohérence de certaines de leurs prises en charge médicamenteuses. « je leur dis de pas manger d'anti-inflammatoires...mais je les prescris ! » (5) « des fois ils ont tellement de trucs qu'on y pense pas forcément qu'effectivement on leur donne des beta-plus et qu'ils ont les beta-moins de l'autre côté » (6)

Ils sont sévères envers eux-mêmes lors d'un accident iatrogène qu'ils provoquent, et savent se remettre en question. « il y a des médecins un peu cons, qui en prescrivent, comme moi l'autre jour » (5) « Quand ça marche bien, vous vous prenez pour le bon dieu et le jour où vous vous plantez, bah vous vous dites, faut se remettre en cause tout le temps. » (10)

Ils désapprouvent leur façon d'agir lorsqu'elle ne concorde pas avec leurs principes et valeurs. 2 médecins ont conscience de manquer parfois d'implication. Le premier fait référence à sa non implication face aux patients passifs dans leur prise en charge, le second face aux patients ayant un pronostic péjoratif. « je suis devenu mauvais médecin. Mais consciemment hein. [...] la difficulté d'être mauvais, c'est d'être mauvais en s'en rendant compte » (10) « Auparavant, pff, je sais pas si on se bagarrait trop parce que, sachant qu'on allait dans le mur... » (2)

Le médecin 5 avoue parfois agir uniquement par acquis de conscience. « Je me donne bonne conscience en faisant ça » (5) « Bah non, mais au moins ils sont vus par un néphrologue. » (5)

## 2) Des difficultés extrinsèques influant le médecin généraliste

### A. Dans sa relation avec son patient

#### **POUR RENDRE LE PATIENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE**

##### **a. Une prise en charge centrée sur le patient : l'alliance thérapeutique**

Pour permettre une prise en charge centrée sur le patient insuffisant cardiaque, celui-ci doit prendre conscience de sa pathologie et de son rôle à jouer. « faut qu'il ait pris conscience que c'est à lui de prendre en charge sa pathologie » (10)

La connaissance du patient par son médecin est également essentielle à l'alliance thérapeutique et à l'élaboration des modalités de prise en charge. « je le connaissais, je veux dire... voilà je l'ai suivi plusieurs années donc on finissait par se connaître » (13)

Les modalités de cette alliance sont exposées par les généralistes qui insistent sur le respect de la qualité de vie et du choix du patient. Les objectifs et moyens de la prise en charge sont négociés avec les patients insuffisants cardiaques. « et puis on voit avec les patients » (2)

Cela implique de s'enquérir des attentes du patient et de les satisfaire au maximum, souvent dans le but de préserver la qualité de vie. « « J'avais le mariage de ma petite-fille donc vous savez j'ai mis les 5 jours, du coup j'allais bien le jour du mariage, j'étais contente ». « Ah merci docteur » » (8)

Le respect du choix éclairé du patient est un pilier de l'alliance thérapeutique. « il savait qu'il fallait pas le faire, c'était pas forcément la peine que j'en rajoute, il savait très bien » (13) « Il a le droit de dire « oui » ou de dire « non », ça c'est pour moi, une liberté fondamentale [...] le malade il a le droit de choisir sa qualité de vie » (10)

Cette alliance thérapeutique amène à une appropriation des outils de suivi par le patient lui-même. « J'ai pas mal de patients insuffisants cardiaques qui savent ce que c'est que le dosage de NTproBNP, ou de BNP tout court donc ça souvent ils s'en servent, ils disent « tiens il était moins bien ce chiffre-là » ou « mieux » » (3)

Elle induit également une prise d'initiative par certains patients, notamment dans l'adaptation médicamenteuse. Dans les entretiens, le furosémide est le seul médicament dont les patients modifient la posologie. « ils ont une inhumation le matin donc ils prennent pas leur diurétique, pour un voyage en car etc » (6)

La prise en charge étant centrée sur le patient, sa qualité de vie est prioritaire sur l'application des recommandations. « si jamais vous voulez être parfait et que votre malade est pas bien eh bien, il vaut mieux être imparfait et que votre malade il ait une qualité de vie qui soit suffisante » (10)

##### **b. L'investissement du patient**

L'alliance thérapeutique est un outil essentiel pour rendre le patient acteur de sa prise en charge, mais demande son investissement. « il faut qu'il y ait une volonté de se prendre en charge parce que sinon tu peux rien faire à la place des gens » (1)

Cela implique un intérêt et une curiosité de la part des patients, qui semblent très variables. «Alors il y en a qui sont un peu... qui posent des questions, ça c'est évident, mais souvent les gens disent «oui d'accord, je fais ce que vous me dites » » (2) « la plupart des gens s'en foutent quoi. » (5)

La motivation du patient insuffisant cardiaque est également nécessaire, et semble particulièrement poser problème dans l'éviction des facteurs de risque cardio-vasculaire. La peur d'un évènement cardio-vasculaire aigu est une puissante motivation dans ces situations. « S'ils ont envie, ils peuvent faire ce qu'ils veulent...ça va marcher et s'ils ont pas envie, ils peuvent faire ce qu'ils veulent, ça va pas marcher » (5) « là ils ont peur et ils viennent » (8)

Certains patients évitent les soins médicaux. « ils aiment pas venir. » (8) « je t'ai vu 2 fois, la première fois pour que tu sois sûr d'être enregistré et puis là parce que ça...et puis c'est pas lui qu'est venu, c'est madame qui a dit « attends maintenant je marche plus vite que toi » » (8)

Satisfaire son médecin traitant est un facteur d'investissement chez certains patients, décrit uniquement par le médecin 5. « Même des gens qui y vont mais c'est pour me faire plaisir » (5)

### **c. Les connaissances du patient sur sa maladie, ses traitements et les signes d'alerte**

Les connaissances des patients insuffisants cardiaques sur leurs traitements sont variables, mais peu évoquées par les généralistes interrogés. « bon déjà qu'ils sachent quel médicament correspond à quoi, et pourquoi c'est déjà pas mal...et ça c'est pas acquis pour tout le monde » (6)

Même constat concernant le régime hyposodé, avec une application aléatoire des consignes diététiques. « C'est vrai que c'est pas toujours évident pour les gens, sans sel, bon bah ils vont manger du pain sans sel mais ils peuvent très bien manger du beurre salé » (1)

Les connaissances des patients évoluent par apprentissage au cours des épisodes de décompensation. « il savait bien que ça se soldait par une majoration du Lasilix et si ça allait pas je rappelais le cardiologue et si ça allait pas je l'envoyais à l'hôpital. Il connaissait tout » (13)

Le médecin 8, en parlant des patients évitant les soins médicaux, décrit une sous-estimation de la situation par ces derniers. « ils mettent ça sur le côté de « oui, mais c'est l'hiver », « oui, mais c'est machin », « oui mais c'est normal, euh bah j'ai fait du foin, euh c'est plus de mon âge » » (8)

Les difficultés de compréhension se répercutent sur la connaissance de la physiopathologie, des modalités et objectifs des règles hygiéno-diététiques. « pour les gens c'est difficile de comprendre qu'ils sont essouffés pour eux, c'est leurs poumons, ils ont du mal à comprendre que c'est le cœur » (10) « des gens qui disent « ah je suis debout tout le temps ». Bah oui mais c'est pas de l'activité » (1) « ils voient pas l'intérêt de marcher ». (1)

La compréhension du caractère récidivant de l'insuffisance cardiaque est aléatoire, bien qu'elle soit essentielle à l'observance au long cours. « Si ils suivent pas leur régime, ça peut récidiver, c'est ça qui est pas toujours bien compris par les gens et puis quand ça va mieux, voilà, on recommence » (1)

### **d. Les difficultés d'observance**

L'observance au traitement et aux règles hygiéno-diététiques est nécessaire à l'efficacité de la prise en charge. « S'il les prend pas, vous pouvez prescrire tout ce que vous voulez. » (10)



L'incapacité à suivre un traitement sans l'aide d'un tiers, aidant ou professionnel de santé, est une origine évidente à l'inobservance en médecine ambulatoire. « vous allez bien les prendre ? », « bah non », il faut l'infirmière ». (1)

Une autre cause est le bénéfice secondaire potentiellement attendu de l'inobservance. « quel est le bénéfice secondaire du patient. Parce qu'il y a des patients, des fois c'est bien d'être malade parce qu'on se fait...on va pas travailler ou la famille est au petit soin. À ce moment là, si vous êtes guéri, on s'occupe plus de vous donc parfois il faut savoir se poser la question de...voilà compliance au traitement. » (10)

La confusion dans les traitements, notamment en cas de changement récent, est pourvoyeur d'inobservance, cette fois-ci involontaire. « En plus les gens c'est vrai qu'ils ont pris l'habitude de leurs trucs, etc, et quand tu as passé 75-78...enfin, même sans avoir passé 75 balais, quand tu changes de... » (8)

L'automédication est une problématique régulièrement énoncée par les généralistes, et favorisée par la disponibilité d'AINS en vente libre. « c'est les gens qui me disent qu'ils bidouillent avec les diurétiques » (6) « des fois ils prennent ceux de leur mari » (5) « Il y en a sans doute beaucoup parce que l'Ibuprofène tout ça, c'est en vente libre » (5)

L'inobservance au régime hyposodé est fréquente dans la patientèle des médecins interrogés. « Ça c'est très difficile si on touche le régime alimentaire. Il y a quelques-uns qui acceptent. Difficile » (7) « il y a des gens très observants mais...je suis pas sûre que ce soit la majorité » (5)

Les patients ont des difficultés à changer leurs habitudes alimentaires. « Parce que il y a des personnes âgées, enfin surtout âgées, elles ont du mal à changer leurs habitudes » (1)

L'imprécision liée au régime hyposodé et non sans sel strict rend plus difficile l'application des consignes selon le médecin 3. « c'est rarement régime sans sel strict donc c'est peut-être là où ça pose problème. C'est plus simple de dire strict que finalement de laisser des portes ouvertes parce que en fait à chaque fois ils ont tendance à s'engouffrer dedans » (3)

Le médecin 1 suggère qu'un isolement à domicile diminue l'envie de cuisiner et favorise la consommation de plats industriels salés. « j'ai une dame qui commandait que du surgelé, parce qu'elle mettait dans son congélateur et comme elle était toute seule euh, voilà, elle cuisinait pas. Donc c'est pas forcément sans sel » (1)

La raison la plus fréquemment évoquée par les généralistes est la conséquence du régime hyposodé sur la qualité de vie des patients. « c'est vrai que sans sel, il y a moins de goût, c'est quand même un exhausteur de goût. » (1) « ça lui manquait tellement de...c'était un monsieur gourmand, ça lui manquait tellement de pas bien manger que... et encore le jambon en tranches et plastifié c'est quand même pas délicieux... » (13)

Enfin, on observe des difficultés de réalisation d'une activité physique adaptée. « tout le monde fait un peu d'activité physique, bricolage, mais ils ne marchent pas comme il faut » (7)

La télévision est, d'après le médecin 8, un frein majeur à la pratique d'une activité physique. « j'ai l'activité gym le soir pour bobonne mais ils y vont pas en fait les gens vraiment parce que tu vois il y a « L'amour est dans le pré » ou je sais pas il y a, je ne sais trop quelle émission de télé-crochet » (8)

Par ailleurs, les patients sont parfois attentistes en cas de décompensation, malgré les consignes de consultation précoce. « les exemples que j'ai en tête, ils sont quand même assez attentistes, ils

attendent le renouvellement pour en parler. Ils vont pas venir en avance » (6) « donc elle a passé 3 nuits au fauteuil [...] ah oui au fauteuil, mais ils sont résistants » (5)

Cette inobservance (médicaments, diététique, activité physique, attitude en cas de signe d'alerte) est source de difficulté pour les généralistes, voire même à l'origine d'un sentiment d'impuissance.

Ils ont des difficultés à évaluer l'observance de leurs patients insuffisants cardiaques. je sais pas vraiment ce qu'ils font » (12) « C'est pas parce qu'ils vont les chercher à la pharmacie, qu'ils les prennent » (10)

Ils doivent donc parfois être inquisiteurs. « quand je fais des visites à domicile j'ouvre le frigo » (8) « Quelques fois tu... (fais semblant de sentir une odeur) « Vous fumez? » » (1)

Les médecins tentent d'améliorer l'observance en expliquant la relation entre inobservance et décompensation. « de pas manger une demi-douzaine d'huitres avant de se coucher le soir, pour pas faire un OAP » (2) « je relance toujours un petit peu le sujet, voilà, quand des fois ils sont un peu plus essoufflés, on sent qu'il y a une petite décompensation, donc on remet une piqure de rappel » (12)

#### **e. L'influence de l'entourage**

L'influence de l'entourage est aléatoire d'un patient à l'autre. L'entourage du patient intervient principalement dans l'alerte en cas de décompensation et dans le respect des règles diététiques. « Mais, c'est plus quelques fois l'entourage qui alerte » (1) « Heureusement qu'il y avait sa femme qui disait « ah bah tu dois arrêter ton beurre salé » » (1)

Les aidants s'occupent même parfois de la gestion du traitement médicamenteux. « son épouse, parce que c'est elle qui gère les médicaments » (6)

Ils sont également un atout pour la surveillance des patients insuffisants cardiaques mais ont alors besoin d'être éduqués. « Qu'elle se pèse mais on n'a pas trouvé de balance alors sa fille va s'en occuper » (5) « T'es obligé de dire à l'entourage « attention » » (1)

En effet, un entourage non éduqué aux principes du régime hyposodé peut avoir une influence négative sur le patient. « « j'ai retrouvé des bulots dans son congélateur!! [...] elle se les fait amener par des copines » » (1)

Par ailleurs, les aides à domicile sont proches des patients, et souvent mises à contribution pour favoriser l'activité physique des sujets les moins autonomes. « Quand l'aide-ménagère est là, elle y va mais sinon elle a peur de tomber » (5) « c'est l'aide-ménagère qui l'emmenait... euh marcher... » (1)

Pourtant, ces auxiliaires de vie ne connaissent pas l'indication ou les modalités du régime hyposodé. « le soir il a des sandwiches faits par son aide-ménagère. Ah je dis, « bah non, ça va pas aller les sandwiches! », pas avec la charcuterie, du pâté » (1)

### **LES DETERMINANTS DE LA TRIADE MEDECIN/PATIENT/ENTOURAGE**

#### **a. Sentiments et points de vue des médecins généralistes**

Les médecins ont parfois le sentiment de ne pas être écoutés par leurs patients « quelques fois on a vraiment l'impression de prêcher dans le désert » (1) « ils se foutent de ce qu'on leur dit ! (5)

A contrario, d'autres médecins pensent que les patients font confiance à leur médecin généraliste. « De toutes façons, il y a une chose aussi, c'est que les gens, ils ont confiance dans ce qu'on leur dit et ce qu'on leur fait » (2) « toi t'es le docteur donc ils te croient » (8)

Cette confiance semble améliorée par la cohérence entre paroles et actes du généraliste, qui augmente sa crédibilité. « c'est vrai qu'on serait fumeurs, obèses et sédentaires, je pense qu'on aurait moins de portée » (12)

Le médecin 12 considère que l'exemple qu'elle donne influence positivement ses patients. « ils savent qu'on fait des activités sportives, on vient en vélo au cabinet, donc ça, je pense que c'est peut-être un peu aussi le côté influençable pour eux [...] je crois qu'ils s'identifient quand même » (12)

L'empathie, qui fait partie des principes des médecins généralistes, n'est pas toujours effective lorsqu'il s'agit de patients ayant des facteurs de risque modifiables. « entre votre insuffisance cardiaque, votre surpoids, votre machin, votre bidule, de toute façon, t'as qu'à bouger » » (8)

## **b. Difficultés pratiques**

Les difficultés de la relation médecin-malade commencent par les problèmes de communication.

Les patients ne disent pas toujours tout à leur médecin, obligeant ce dernier à rechercher l'information. « Après y'en a qui te le disent pas » (1) « t'as pas mal de taiseux... » (8)

Mais interroger et écouter le patient demande du temps au médecin généraliste, qui ne l'a pas toujours, comme le déplore le médecin 3. « ... c'est aussi un temps de parole quelque part, qu'on leur laisse pas tellement donc... [...] nous on n'a pas, franchement, le temps de parole. J'essaie, moi mais c'est court » (3)

La communication comprend aussi la diplomatie dont le médecin doit faire preuve. Il doit montrer la sévérité d'une situation sans pour autant être alarmiste, ou donner les consignes diététiques sans froisser les patients. « le gars je vais pas lui dire « t'as une insuffisance cardiaque, mon gars » comme ça hein ! » (8) « trouver le juste milieu pour pas qu'ils se braquent aussi » (11)

Le médecin 10 pense que la proximité avec le patient diminue l'influence du généraliste. « il y a des gens ils vous connaissent depuis longtemps, certains vous tutoient, quand il faut leur expliquer qu'il faut prendre un régime sans sel, qu'il faut aller marcher tous les jours, ils sont gentils mais ils vous trouvent plein de prétextes » (10)

Le médecin 8 remarque parfois l'absence de sollicitation du médecin par le patient par peur de le déranger. « et puis ben les enfants osent pas te déranger, enfin je suis vraiment sur une population où les gens osent pas » (8)

A l'inverse, l'abus de la disponibilité du médecin généraliste par les patients existe, et est démotivante pour le médecin 10. « quand on vous appelle un dimanche soir pour vous demander un truc qui aurait pu attendre le lundi matin, ça vous démotive un peu d'avoir donné votre numéro de téléphone » (10)

Par ailleurs, certains interviewés ont parfois des difficultés à faire confiance à leurs patients, malgré une volonté de neutralité. « ne pas me laisser, comment dirais-je...déborder par mes sentiments, si on peut dire, du moins parmi les impressions donc par définition je me dis que mon malade me dit la vérité. » (10) « on n'est jamais sûr » (5)

Enfin, le caractère aléatoire et imprévisible de la relation médecin-patient est également une source de difficulté pour le médecin 13, qui considère qu'il n'y a pas de corrélation entre cette relation et l'observance du patient. « c'est très compliqué c'est...la relation qu'on va voir avec nos patients (*silence*) ... et là y'a pas de règles, on peut avoir une très bonne relation et le patient va pas être observant. [...] tellement compliqué l'esprit humain, l'âme humaine que...on sait pas tout » (13)

### **c. Objectifs recherchés dans la relation médecin-malade**

Les interviewés insistent sur le fait de ne pas déranger leurs patients, dans le but de les mettre à l'aise. « ...pour pas les mettre en difficulté » (6) « moi je leur demande pas de choses compliquées » (3) « j'essaie de pas forcément dire à chaque consultation parce que des fois c'est mal vécu aussi. » (11) « je vais peut-être pas les embêter avec ça, hein » (12)

Cette aisance est un prérequis essentiel pour que le patient s'exprime plus facilement. Cela permet de créer un lien avec le patient, dont le médecin 13 tire une grande satisfaction. « il était adorable donc on s'entendait très bien, il m'appréciait, une relation médicale avec un patient très très agréable, il plaisantait, moi aussi donc ça se passait très bien » (13)

Le médecin 10 a également pour objectif de connaître ses patients. « d'abord il faut connaître ses patients » (10)

Le médecin 5 pense que l'objectif de certains patients est de satisfaire leur médecin, en suivant ses consignes sans réellement y adhérer. « des gens qui y vont mais c'est pour me faire plaisir » (5)

## **LA NECESSITE DE S'ADAPTER AU PATIENT**

### **a. Adaptation au patient**

Les interviewés ont tous comme priorité le patient, avant les recommandations, et adaptent donc globalement celles-ci à leurs patients insuffisants cardiaques. « Parce que dans la pratique, c'est un individu qu'on soigne, c'est une personne que vous avez en face de vous, qui est...qui est petite, qui est grosse, qui est maigre, son mari tape dessus ou sa bonne femme etc. Il y a plein de problèmes et on ne peut pas appliquer systématiquement une référence à quelqu'un » (10)

Cette variabilité interindividuelle justifie une prise en charge au cas par cas. « Parce que t'as tellement de variabilités personnelles, en fonction des comorbidités, en fonction de leur façon de vivre, après oui t'as les recommandations mais après en fonction de la personne t'es bien obligé d'adapter » (1) « c'est très lié à la personnalité des gens donc on est obligé de suivre ». (13)

Les médecins adaptent leurs conseils aux habitudes de vie de leurs patients. Ils sont indulgents lorsque ces derniers font des efforts, même partiels. « quand on arrive à obtenir qu'ils ne retombent pas dans la salière, on a fait un gros progrès parce que en Basse-Normandie, ils aiment bien le sel » (10) « ce mec là il fait à peu près 60 b... au moins 60 bornes à pied toutes les semaines. Je vais pas lui demander d'avoir une activité physique, ça sert à rien » (8)

Plusieurs médecins considèrent que l'hygiène de vie de leurs patients est correcte si l'insuffisance cardiaque reste stable, et adaptent donc les consignes d'observance. « Je me dis, c'est qu'ils doivent avoir une hygiène de vie correcte, si ils sont stables donc voilà » (6) « ils sont stables donc je les embête pas trop avec les facteurs de risque » (6)

L'information délivrée est toujours adaptée au patient. Elle est variable selon la curiosité du patient, son investissement et sa capacité de compréhension. Les médecins adaptent le langage utilisé. « s'ils sont pas demandeurs je pense qu'il faut pas les assommer » (6) « Parce que autrement si je dis : «gnagnagna » comme c'est dans les bouquins, je le perds » (7)

Concernant la prise en charge médicamenteuse, la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques est l'élément majeur de l'adaptation des traitements. « ça économise le cœur d'avoir une tension basse donc, si c'est bien toléré on s'en tamponne. On l'accepte » (2) « quand un mec tousse à cause des IEC, c'est de pire en pire...enfin pfff, on est obligé d'arrêter » (2)

Enfin, le médecin généraliste doit composer avec l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie. « il y en a des passifs complets qui suivent exactement ce qu'on dit et qui viennent à la date prévue de consultation quoi qu'il arrive mais bon. On a des patients comme ça et puis d'autres qui sont beaucoup plus réactifs mais c'est normal, c'est la médecine générale » (3)

L'âge du patient, ses comorbidités et son autonomie obligent le médecin à adapter sa prise en charge. Ces éléments font l'objet de paragraphes spécifiques.

## **b. Comorbidités**

La polypathologie des patients insuffisants cardiaques est fréquente. « souvent il y a d'autres pathologies...assez lourdes » (6) « les patients étant quand même de plus en plus polypathologiques, euh...c'est hyper compliqué » (12)

La polymédication induite gêne la manipulation des médicaments par le médecin généraliste, du fait du risque iatrogène et du risque d'interactions. « ça leur fait une sacrée polymédication, euh...que la Metformine, pfff, rapidement, on peut plus trop en donner...que les hypoglycémies sont quand même délétères aussi...je trouve que l'insuffisance cardiaque plus diabète ça fait quand même...souvent ça va ensemble et ça fait pas très bon ménage » (6) « on est un peu bloqué entre l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque... « qu'est-ce que je mets ? » » (12)

Les comorbidités, principalement pulmonaires et rénales, obligent le médecin à adapter le traitement de l'insuffisance cardiaque. « pour passer à l'Entresto alors...à condition qu'il n'y ait pas d'insuffisance rénale parce que... » (2) « je vais pas prescrire des bêta-bloquants à quelqu'un qui fait un asthme » (5)

Inversement, l'insuffisance cardiaque oblige les médecins à adapter le traitement des comorbidités. Ils doivent fréquemment prendre en compte des comorbidités rhumatologiques douloureuses, mais les options thérapeutiques, dont les AINS et corticoïdes, sont incompatibles avec l'insuffisance cardiaque. «oui il y a beaucoup de gens qui ont des problèmes rhumatismaux ou autres, ils seraient vraiment mieux sous AINS mais bon. On peut pas » (3)

## **c. Autonomie du patient**

L'autonomie des patients insuffisants cardiaques est fréquemment limitée, d'une part par la pathologie elle-même, mais également par les comorbidités et l'âge. «les insuffisants cardiaques, c'est une population aussi souvent âgée, pas très mobile ».

Elle gêne voire empêche l'activité physique. « il est amputé et hémiplegique, donc l'activité physique est plus que limitée ! » (13) « je leur demande de pas rester dans leur canapé, après on s'adapte à l'âge, aux capacités physiques enfin voilà... » (12)

La corrélation entre perte d'autonomie, diminution de l'activité physique et obésité, entraîne un cercle vicieux, notamment chez les sujets âgés. « Des dames euh...obèses mais c'est vrai que...ouais, elles ont plus de 85 ans donc c'est un peu... c'est des dames qui ont déjà une autonomie hyper...hyper réduite » (6) « leur expliquer qu'il faut maigrir alors ils vous disent « on peut pas marcher parce qu'on est essoufflé », c'est justement là où le problème apparaît, c'est que c'est justement parce qu'il faut marcher » (10)

Les difficultés liées à l'autonomie concernent également la capacité d'auto-surveillance du patient. «les insuffisants cardiaques sont souvent des gens qui sont en surpoids plus que des petits maigrichons, donc ils ont parfois du mal à se rendre compte qu'ils s'essoufflent et ils pensent que c'est le poids » (10)

L'autonomie impacte aussi la capacité des patients à se peser. « faut vraiment que les gens soient très autonomes, enfin, voilà, pour qu'ils le fassent...qu'ils le fassent eux-mêmes » (6)

En consultation, la perte d'autonomie gêne la qualité de l'examen clinique. « Euh quand ils ont des difficultés à marcher, et euh...ben le temps que ça prend de faire déshabiller une personne âgée, et obèse. Quand on veut vraiment bien regarder ses jambes et pas juste soulever le pantalon » (6)

La perte d'autonomie doit donc amener des mesures spécifiques au domicile. « L'escalier, un truc con, l'escalier, mais le nombre de fois où j'ai mis une douche, voilà, réadapter la maison...enfin voilà, il y a énormément de choses après qui vont se mettre en place » (8)

#### **d. Age du patient**

Les patients insuffisants cardiaques sont souvent âgés. « c'est très difficile, parce que les gens qui sont dans une insuffisance cardiaque, ils sont un peu âgés, alors...plus de 70 ans » (7)

L'identification d'une décompensation d'insuffisance cardiaque est plus difficile pour le sujet âgé d'après le médecin 1. « les personnes âgées, elles s'en rendent pas forcément compte » (1)

Les habitudes alimentaires étant souvent bien ancrées chez les personnes âgées, elles sont plus difficiles à modifier. « Parce que il y a des personnes âgées, enfin surtout âgées, elles ont du mal à changer leurs habitudes » (1)

Le médecin doit manipuler les médicaments, notamment les antalgiques, avec plus de précautions du fait du risque iatrogène qui augmente avec l'âge. « Pour des douleurs, je marque que des antidouleurs genre le Doliprane. J'évite. Surtout si on parle de personnes âgées » (7)

Ils réalisent donc une surveillance accrue en rapport avec ce risque iatrogène. « changement de traitement...cardiaque alors pas chez la personne de 50/55, autonome euh...mais après 75 ans, c'est contrôle infirmier au moins hebdomadaire » (8)

Les personnes âgées ont un moindre accès aux soins, notamment aux consultations de cardiologie, par difficultés logistiques. « allez faire promener quelqu'un qui a 95 ans, que les enfants habitent à perpète [...] faut appeler l'ambulance, faut faire...enfin bon, enfin voyez, enfin c'est un peu compliqué quoi. » (5)

La stratégie de prise en charge du patient insuffisant cardiaque est différente selon l'âge du patient. Elle est globalement plus rigoureuse chez les patients plus jeunes et autonomes. « moi j'ai des patients âgés en maison de retraite, j'attends pas le cardiologue je mets un IEC... » (3) « c'est une population aussi souvent âgée, pas très mobile, enfin c'est pas la même chose qu'un diabétique de 45 ans, qu'on a envie de...si ils ont un âge déjà assez avancé et tout, c'est pas évident. Par contre un jeune insuffisant cardiaque oui » (3) «pour des gens très âgés je vais pas non plus faire... » (3)

#### e. Aspect socio-économique

Bien que l'insuffisance cardiaque fasse partie des 30 affections longue durée prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale, certains freins économiques persistent et altèrent la qualité des soins.

Le médecin 1 fait référence au frein économique qui gêne l'application du régime hyposodé. « oui donc niveau... habitudes de vie et surtout économique, ça peut être compliqué pour les gens » (1)

Le médecin 8 regrette quant à elle que les consultations de diététique ne soient pas remboursées. «j'ai envoyé à la diététicienne euh parce que en effet...et je regrette d'ailleurs qu'elle soit pas prise en charge » (8)

L'isolement social est également un obstacle à l'observance du régime hyposodé mais également de l'activité physique. « t'as des gens aussi qui sont seuls à domicile et qui cuisinent pas. Parce que avec un régime sans sel, faut quand même, voilà avec tout ce qui est préparation qui existe dans le marché, euh oui j'ai une dame qui commandait que du surgelé, parce qu'elle mettait dans son congel et comme elle était toute seule euh, voilà, elle cuisinait pas. Donc c'est pas forcément sans sel » (1) «elle habite en campagne, à l'entrée du bourg de Saint B., elle est quand même isolée elle est pas dans le lotissement c'est un peu avant, si elle tombe bah (*lève les bras*) ... personne la rattrape, enfin c'est un peu compliqué quand même » (5)

Les milieux socio-culturel et professionnel impactent le mode de vie et la difficulté d'éducation d'après le médecin 8. C'est pourquoi elle adapte son discours en fonction de ces données. « j'ai beaucoup d'élèves...je peux pas leur dire d'aller bouffer du lait 0 %, enfin ils vont me dire : « c'est dégueulasse » » (8) « j'ai deux types de patientèle. J'ai...l'agriculteur qui prend sa retraite, donc à 65-70 ans [...] qui peut facilement...voilà euh...changer enfin, en tout cas adapter largement son activité à son alimentation etc. Après il y a une patientèle, en général un peu plus jeune avec des multiples risques cardiovasculaires type obésité etc mais jeune, euhh en général, pareil, en plus dans des...dans des niveaux socio-culturels un peu plus difficiles et alors là c'est super compliqué » (8)

### B. La multidisciplinarité comme support, limitée par la désertification médicale

#### **UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE**

##### a. Relation avec les réseaux d'ETP

- Avec les équipes d'IDE spécialisées

Un hôpital ornaïen avait développé un système de suivi de l'insuffisance cardiaque par des IDE dédiées. Les avis sur l'efficacité de cette équipe dédiée sont assez disparates. « ça m'avait pas paru

très pertinent à un moment parce que c'était un peu du... on leur demandait le poids, nanana, c'était un peu du systématique, je voyais pas trop...» (3) « son épouse, parce que c'est elle qui gère les médicaments, a trouvé quand même que ça apportait un plus » (6)

- Avec l'ERET

L'utilisation de l'ERET par les médecins généralistes interrogés est très variable. 4 médecins adressent leurs patients pour l'insuffisance cardiaque, dont un uniquement sur demande du patient, 5 médecins adressent leurs patients à l'ERET mais pas pour l'insuffisance cardiaque, et 2 médecins n'adressent pas du tout à l'ERET.

Les médecins qui s'appuient sur l'ERET le font car ils admettent ne pas avoir le temps de réaliser une vraie éducation thérapeutique, et considèrent que cet aspect de la prise en charge doit être pluridisciplinaire. « il faudrait qu'on s'appuie plus sur l'ERET qui eux prennent le temps de faire ça » (6) « toute cette notion d'éducation thérapeutique, ça peut pas être sur la tête du médecin généraliste, c'est forcément sur une équipe, sur un réseau » (12)

Certains généralistes ont recours à l'ERET pour les facteurs de risques cardio-vasculaires, mais pas pour l'insuffisance cardiaque, soit par méconnaissance de cette option, soit par absence de réflexe. «bah non, je m'aperçois que non. Je le fais pour obésité, diabète, mais pas pour insuffisance cardiaque» (6)

D'autres médecins adressent leurs patients à l'ERET mais restent sceptiques sur son efficacité, notamment au long cours. Ce manque de résultats est source de déception et de démotivation des médecins généralistes et leurs patients. « je sais pas au long cours si ça donne quelque chose quoi » (5) « eux comme moi on a été découragés sur la façon dont c'est...dont ça a été pris en charge, enfin c'était pas... y'avait pas beaucoup de résultats derrière... » (12)

Le médecin 1 déplore le manque de communication sur les résultats de l'éducation. « t'as pas trop de retours. Tu demandes aux gens après... « Vous allez toujours...? » Quelques fois ils y vont plus » (1)

Le médecin 10 donne son accord pour une inclusion à l'ERET uniquement lorsque la démarche vient du patient, car elle demande l'investissement et la motivation de ce dernier. « je ne ferai pas un courrier en disant : « vous allez ». Par contre, quand l'ERET m'envoie un dossier à remplir, je remplis mais ça veut dire que le malade a pris conscience de ce problème, qu'il a envie de faire un effort. S'il a pas envie, je fais pas un courrier pour qu'il finisse à la poubelle » (10)

Certains médecins considèrent que l'ERET est très coûteux en termes d'argent et de temps soignant, par rapport au bénéfice qu'il apporte, et n'y adressent pas leurs patients. « c'est du gaspillage par rapport au résultat...enfin au bénéfice qu'on peut en attendre. Alors je dis pas que ça peut pas servir une fois par an, faut pas être, mais...pfff...» (2)

Le médecin 5 remarque un biais de recrutement à l'ERET, les patients qui y adhèrent étant déjà les plus investis dans leur prise en charge. Ce dispositif paraît donc moins bénéfique pour ceux qui en ont le plus besoin. « c'est déjà les gens observants qui n'ont pas trop besoin, qui y vont quoi. » (5)

2 médecins pensent que les patients insuffisants cardiaques méconnaissent l'ERET pour leur pathologie. « Vous voyez, parce que déjà les gens connaissent moins alors que obésité, diabète, ils ont tous des copains, des copines qui y sont allés » (5) « c'est moi qui leur proposais et ils sont pas au courant déjà, donc y'a très peu d'infos là-dessus » (12)



## **b. Relation avec l'hôpital**

- Un appui nécessaire au médecin généraliste

L'hôpital est, pour les généralistes interviewés, un appui en cas de situation complexe, sévère ou urgente. « je savais que ça allait être compliqué. Donc il a été hospitalisé 3-4 jours » (6) « si c'est une urgence, il...je l'envoie à l'hôpital » (7)

2 médecins d'un même cabinet ont parfois la possibilité d'hospitalisation directe dans le service de cardiologie de l'hôpital le plus proche. « s'il y a besoin d'une hospitalisation c'est très vite, on a même fait des hospit directes en cardio » (12)

Les médecins s'appuient également sur l'hôpital pour débiter le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque. « La plupart du temps c'est quand même des gens qui ont des...qui ont un bilan cardiologique, souvent c'est initié à l'occasion d'hospitalisations » (1)

Certains comptent aussi sur l'hôpital pour initier l'éducation thérapeutique « soit ils sont hospitalisés dans ce cas-là on peut imaginer qu'il y a un peu d'éducation thérapeutique » (3)

Pourtant, il existe de nombreuses difficultés de coopération entre la médecine générale ambulatoire et l'hôpital, principalement au décours immédiat d'une hospitalisation.

- Des difficultés de coopération
  - Différences de pratique entre la ville et l'hôpital

D'après les interviewés, la médecine hospitalière se différencie de la médecine de ville par son application plus stricte des protocoles et recommandations. « il y a...la médecine hospitalière avec la mise au point de protocoles, qu'ils ont pu avoir des cohortes randomisées parce que les cardiologues ils vont voir tant de machins, les neurologues...et la pratique de ville. Moi, j'écoute souvent les recettes de cuisine mais en face de mon patient, j'adapte » (10)

La surveillance clinique et biologique des patients est plus soutenue à l'hôpital. « C'est pas pareil quand on est à l'hôpital, à l'hôpital, on a la personne qui est là, dans un lit et puis on peut lui faire un bilan tous les trois jours si on veut, il y a l'infirmière qui passe tous les quarts d'heure » (1)

Cette surveillance accrue permet des modifications thérapeutiques rapides en cours d'hospitalisation, au risque d'une incompatibilité avec la vie au domicile. « en hospit ils te bouleversent tout en un rien de temps [...] et puis ils te les sortent au bout de 3 jours, « attendez mais, il va pas adapter son activité physique ni sa bouffe, ni rien » » (8)

- Particularités de la transition hôpital-ville

La sortie d'hospitalisation induit un relai de la prise en charge du spécialiste vers le généraliste. « j'ai l'impression qu'on prend un peu le relai de ce qui se passe à l'hôpital. » (2)

Cette phase est souvent une période d'instabilité de la maladie, parfois difficile à équilibrer pour le généraliste. « elle avait un grosse insuffisance cardiaque donc forcément ça a mis du temps avant que ça se stabilise et maintenant on a diminué son Lasilix et c'est stabilisé mais au départ en sortant de l'hôpital c'était pas si évident que ça » (1)

Il doit identifier les modifications thérapeutiques effectuées à l'hôpital, qu'elles soient liées à la pathologie du patient ou à des habitudes de prescription. « en plus à l'hôpital, ils changent des fois. Parce qu'ils ont leurs habitudes. Tu vois à l'hôpital l'Inexium c'est le soir, ils cherchent pas. Alors eux

ils le prenaient le matin puisque c'est marqué le matin à jeun dans la truc. [...] » et va-t'en trouver, toi, que c'est l'Inexium » (8)

Il doit également gérer ces modifications thérapeutiques lorsqu'elles altèrent la qualité de vie du patient à domicile, ou créent des effets indésirables. « Il est sorti de l'hôpital avec une dose d'Entresto trop importante et il a fallu que j'appelle le cardiologue pour réadapter la dose » (13) « t'as des gens qui sortent d'hospitalisation avec des grosses doses de Lasilix et en fait ils sont hypotendus, ils reviennent à domicile eh bah là quand ils sont à domicile, eh bien ils reprennent leurs activités et pour certains des chutes » (1)

Le médecin 8 critique vivement les défauts de conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation, qui créent une confusion pour le patient, voire pour les infirmiers libéraux. « Tu as énormément de médicaments, à l'hôpital tu les as, de toutes façons ils ont switché pour celui de l'hôpital, le mec il ressort, ça va être la même famille, mais comme il y a des accords de branche...et alors ça je trouve ça honteux ! [...] t'as l'infirmière qui t'appelle « fais attention, le traitement il a changé ». [...] Et là tu regardes et tu fais « ah ouais mais en fait non, en fait non c'est les mêmes ordonnances, ça se voit pas mais c'est les mêmes » » (8)

- Défauts de communication

Le médecin 8 considère que la transmission des informations en sortie d'hospitalisation est insuffisante, obligeant le généraliste à chercher lui-même, ce qui est chronophage. « il y a des moments où tu passes du temps quoi ! A essayer de caler ce qui s'est passé, des fois il s'est rien passé » (8)

Elle regrette également le manque de prise en compte du généraliste et du patient par l'hôpital. « j'entends qu'il faille qu'on se plie et qu'on s'adapte à ce qu'ils font mais j'aimerais bien que de temps en temps ils aient un petit peu conscience de ce que nous faisons, et de ce que les gens font chez eux. Eventuellement qu'ils me prennent pas en compte c'est pas forcément grave, mais au moins de ce que font les gens » (8)

### c. Relation avec les cardiologues

- Un appui nécessaire pour le médecin généraliste

La prise en charge multidisciplinaire des pathologies chroniques est un principe partagé par tous les généralistes interrogés. « Après je pense que c'est important qu'il y ait la collaboration avec le cardiologue, voilà » (13) « je ne suis jamais un patient qui a une pathologie chronique tout seul » (10)

Les cardiologues étant relativement peu nombreux, ils sont souvent bien connus des généralistes, ce qui facilite leur coopération. « les cardio y'en a pas beaucoup donc on a nos interlocuteurs » (6) « on a des cardiologues avec qui on s'entend bien, le courant passe bien » (13)

Les interviewés se reposent beaucoup sur les cardiologues pour l'initiation du traitement de fond et les avis thérapeutiques. Cette coopération semble apporter une satisfaction réciproque aux généralistes et aux spécialistes d'après le médecin 2. « le traitement de base, avec le cardiologue en général » (3) « C'est facilement accessible, avec les correspondants. Si t'appelles V... [...] au contraire, ils aiment bien qu'on leur fasse plaisir. Ça leur fait plaisir qu'ils nous dirigent, qu'ils nous conseillent. Faut pas hésiter. » (2)

Cette démarche, conforme aux recommandations, permet aussi de rassurer le généraliste sur la qualité de sa prise en charge. « ils sont tellement fragiles que moi je prends pas de risque, je le prends pas tout seul. Puis après au moins on sait que...ça rassure tout le monde » (13)

Le cardiologue est aussi mis à contribution pour l'annonce du diagnostic et l'énonciation des consignes hygiéno-diététiques aux patients. « c'est le cardiologue, en première intention et moi en seconde » (7) « c'est déjà fait par les cardiologues souvent » (11)

Les cardiologues sont perçus comme une référence par les médecins interrogés, qui leur font confiance. « toujours. C'est prioritaire pour moi » (3) « Je me fie beaucoup au cardiologue ce qu'il recommande parce qu'il y a des produits nouveaux, des choses comme ça qui sont pas du tout dans les recommandations, l'Entresto je le connaissais pas avant qu'on mette un patient là-dessous » (3)

Le cardiologue a également un rôle pédagogique important dans la mise à jour des connaissances. « ils te disaient « de nos jours, on fait comme ça, comme ça, comme ça... ». On apprenait comme ça. » (2)

Le médecin 2 déplore l'altération de ce rôle d'enseignement. « maintenant, quand les gens ils arrivent avec un traitement à l'hôpital, ils ressortent et on nous dit « ça on fait plus ». Mais ils disent pas « on fait comme ça maintenant ». C'est un peu différent. [...] c'est pas aussi pédagogique.» (2)

La communication avec les spécialistes est aisée par téléphone, les généralistes n'hésitant pas à appeler en cas de problème de prise en charge. « j'ai le coup de fil facile » (6) « Oui par téléphone ça peut se faire. Chez Monsieur V., il n'y a pas de problème. » (5)

A noter que certains cardiologues ont créé une ligne dédiée aux médecins généralistes, pour faciliter encore ce recours. « ...il y a un rendez-vous qui est spécifique pour les médecins...euh un numéro de téléphone pardon, qui est spécifique. Donc on sait qu'on peut les joindre plus souvent. Rapidement accessible » (11)

Cette disponibilité téléphonique facilite la pratique des généralistes. « A partir du moment où on a le coup de téléphone facile avec le cardiologue, y'a pas de problème majeur » (13)

#### - Des difficultés de coopération

Certaines structures changent régulièrement de praticiens spécialistes, et la méconnaissance des cardiologues, induite par les changements récurrents d'interlocuteurs, gêne la collaboration. « Les cardiologues de l'hôpital on les connaît moins, beaucoup d'allées et venues » (13)

Cette méconnaissance s'associe parfois à une méfiance vis-à-vis de certains spécialistes, ce qui décourage le généraliste 2. « mais les gars avec qui on travaille ils ont pas l'air d'être...moi je les trouve pas pointus. » (2) « il fait marcher la machine à sous ! (rires) C'est un peu décourageant quoi » (1) « Il y a eu un premier cardio, je crois qu'il y en a un nouveau actuellement...qu'on m'a pas conseillé du tout » (3)

La méfiance s'observe aussi à la lecture des comptes-rendus d'hospitalisation. « on a des courriers, mais, pfff, c'est foireux. Enfin je sais pas si t'en a vu quelques-uns, je trouve que c'est pfff... il y a des pages d'explications pour pas grand-chose [...] ils feraient bien de faire dans la concision » (2)

La méconnaissance du patient par le cardiologue est une autre problématique, notamment pour un avis téléphonique. « qui se rappelle pas toujours du patient ni de l'histoire, pfff, qu'a signé souvent la lettre mais qui sait pas du tout de qui je parle. [...] je lui dis « c'est toi qui as signé la lettre », il me dit « bah oui mais j'étais pas là j'étais en vacances » donc bon... » (3)

C'est pourquoi le médecin 7 refuse de demander un avis téléphonique au cardiologue si ce dernier ne suit pas le patient dont il est question, car elle considère que l'avis n'est alors pas fiable. « je ne suis pas d'accord avec les consultations par le téléphone. Parce que la personne qui est de l'autre côté ne voit pas, ne connaît pas, ne sait rien de ce patient. Peut être, il l'a jamais vu » (7)

- Délais de consultation et disponibilité des cardiologues

Tous les médecins, sauf le médecin 6, ont déploré le délai des consultations de cardiologie pour leurs patients insuffisants cardiaques. Cette problématique est majeure pour beaucoup d'interviewés. « les cardiologues, que ce soit en milieu hospitalier ou en milieu de ville d'ailleurs on a des grandes difficultés à avoir des avis dans des délais respectables. C'est vraiment le gros problème. » (3) « C'est difficile d'avoir un rendez-vous avec un cardiologue. Ici. C'est très compliqué. » (5) « avoir un rendez-vous chez le cardiologue c'est...c'est un exercice de patience. Mais pas qu'avec le cardiologue » (10)

Le médecin 3 ajoute que cela freine son recours au spécialiste et le contraint à prendre des initiatives thérapeutiques. « j'ai plus trop le choix, bon bah voilà. Si on avait un recours plus facile peut-être qu'on demanderait plus d'avis mais vu les délais de 9 mois, en général si on n'a pas adapté la dose avant on est mal. » (3)

La disponibilité des cardiologues semble variable d'un praticien à l'autre. « certains tu les appelles, il y en a qui sont plus disponibles que d'autres » (1) « Ça dépend qui j'appelle » (8)

En revanche, il est parfois possible d'obtenir une consultation en urgence si le généraliste contacte directement le cardiologue, mais cette option n'est quasiment pas rapportée par les médecins situés dans la partie ouest de l'Orne. « on arrive quand même à avoir un rendez-vous avec les cardiologues relativement rapidement si on file un coup de fil » (10)

#### **d. Relation avec les IDE libéraux**

La coopération avec les infirmiers libéraux est commune pour les généralistes interrogés. « les infirmières ben...interviennent régulièrement pour suivre le traitement, donc ils nous préviennent si il y a des...si...elles ont l'oeil quand même, elles ont l'habitude quoi. Non, non, ça peut être intéressant » (5) « je m'appuie vachement sur elles » (8)

La sollicitation des IDE libéraux est rarement liée directement à l'insuffisance cardiaque, mais plutôt en lien avec les comorbidités des patients insuffisants cardiaques. « l'infirmière venait mais c'était plus parce qu'il y avait des soins, voilà, de lésion, escarres ou de choses comme ça mais c'était par rapport à l'insuffisance cardiaque. » (12)

L'appui du médecin généraliste sur l'IDE concerne principalement la surveillance, les infirmiers ayant un rôle de sentinelle en cas de décompensation cardiaque. « ils sont souvent les premiers à alerter quand, bah quand ils voient les signes d'insuffisance cardiaque [...] Et ils sont les premiers à prévenir, quand il y a un problème, quand il y a une prise de poids, une personne âgée qui est pas bien » (1)

Le médecin 8, qui s'appuie beaucoup sur les IDE, leur confère parfois un rôle de régulation auprès des patients consommateurs de soins. « Sur certains patients, quand ils m'appellent tous les quatre matins, je dis : « c'est l'infirmière qui m'appelle maintenant », quand il y a un passage régulier infirmier » (8)

La communication est simple entre généralistes et IDE. « on arrive à communiquer assez facilement si on a besoin d'une surveillance un peu plus accrue notamment, des choses comme ça. Ça se passe bien. Pas de souci. » (12)

Les interviewés remarquent que les infirmiers libéraux connaissent bien les patients qu'ils suivent. « elles connaissent vraiment bien les gens » (8)

On observe un respect et une confiance des généralistes envers les IDE libéraux. « heureusement par ici...on a des infirmiers qui prennent bien en charge, qui font quelques fois plus que leur boulot, je pense. » (1) « elles font un travail d'accompagnement... qui est assez exceptionnel » (8)

Cependant, le médecin 10 souligne que la surveillance par les IDE libéraux a ses limites. « je vais pas dire du mal des infirmiers mais un infirmier c'est un infirmier, il y a des signes où il est pas capable de juger avec pertinence si ça traduit une défaillance ou pas donc... » (10)

Enfin, le médecin 8 a à cœur de valoriser le travail des IDEL, par la prescription de tous les soins. « ça permet aussi de valoriser leur profession [...] parce qu'elles sont quand même pas complètement toujours bien considérées, [...] je m'efforce de faire strictement une ordonnance parce que le nombre de fois où elles le font sans jamais être reconnues ni payées, ça commence à me gonfler » (8)

#### **e. Peu de coopération avec les centres de rééducation cardiaque**

Les généralistes ne travaillent pas ou peu avec les centres de réadaptation cardiaque, et ont plutôt des patients adressés dans le cadre des coronaropathies et interventions chirurgicales. Leurs patients insuffisants cardiaques vont dans ces centres au décours d'une hospitalisation le plus souvent. «après hospitalisation quoi, ils ont envoyé après le service hospitalier » (5)

Beaucoup de généralistes interrogés méconnaissent l'activité et les changements de praticiens des centres de rééducation proches de leur lieu d'exercice. « ça existait plus...je ne sais pas. J'ai jamais remis depuis que madame P. est partie j'ai jamais eu un seul patient qui y est allé » (3) « parce que je crois qu'ils le font plus, ou ils le font encore je sais plus » (6)

Cette méconnaissance induit en partie une méfiance vis-à-vis des praticiens de centres de rééducation « Il y a eu un premier cardio, je crois qu'il y en a un nouveau actuellement...qu'on m'a pas conseillé du tout, enfin bref c'est tout » (3) « moi je les trouve pas pointus. » (2)

#### **f. Peu de coopération avec les diététiciennes**

Peu de médecins ont recours aux diététiciennes pour leurs patients insuffisants cardiaques.

2 médecins disent les adresser mais regrettent le non remboursement de ces consultations et reconnaissent ce potentiel frein au suivi. « j'ai envoyé à la diététicienne euh parce que en effet...et je regrette d'ailleurs qu'elle soit pas prise en charge » (8)

Le médecin 8 considère également que certaines diététiciennes ne sont pas neutres vis-à-vis des laboratoires et marques alimentaires. « aussi qu'elles soient complètement dogmatisées, enfin il y en a une, je lui dis « écoutez, si c'est...enfin donnez-moi les marques direct »...enfin elles sont vraiment achetées par...par des margarines et autres conneries du genre, et du 0 % » (8)

### **g. La télémédecine peu présente**

Seul le médecin 13 a mentionné la télémédecine dans le suivi et l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque. Malgré un bénéfice pour le patient et une facilitation du travail pour le médecin, ce dispositif n'existe plus à l'hôpital proche de son cabinet. « il avait un petit boîtier chez lui, il devait mettre des informations sur le poids, son alimentation, c'était très bien...c'était très bien...globalement il faisait attention sauf une fois de temps en temps mais globalement il faisait attention, donc il connaissait les signes grâce à ça. J'avais même plus besoin de lui dire, il savait le poids, il savait la tension...oui oui c'était vraiment très bien ça. En éducation thérapeutique c'était à mon avis très très bien. » (13)

## **LA DIFFICILE MISE A DISPOSITION DES MOYENS**

### **a. Accessibilité à la santé**

- Une politique économique de santé critiquée

Le médecin 2 critique la politique de santé jugée axée sur l'aspect économique plus que sur le bénéfice du patient. « la recommandation, c'est simplement fait pour faire des économies à la sécu » (2)

Cette perception est en contradiction avec l'impression de recommandations dépensières d'après le médecin 6. « peut-être qu'au final ils s'y retrouvent au niveau économique avec moins de décompensation d'insuffisance cardiaque, etc mais c'est vrai quand même que globalement on nous demande de faire beaucoup de bilans, de...beaucoup d'exams complémentaires » (6)

Le médecin 10 considère que l'état est hypocrite en autorisant la vente d'alcool et de tabac, facteurs de risques qui coutent, d'après lui, plus chers qu'ils ne rapportent à l'état. « je trouve que l'état est hypocrite. [...] il vous dit d'un côté : « faut pas fumer » et de l'autre côté et bien quand on dit : « il suffit d'interdire un jour le tabac et l'alcool et il n'y a plus de problème de tabagisme et d'alcoolisme » [...] tous les grands vigneron vont faire la gueule et la SEITA fera la tête aussi. Et l'état continuera à dépenser de l'argent puisque l'alcool, le tabac et les drogues rapportent...coûtent plus à l'état que ça ne lui rapporte. » (10)

Dans tous les cas, c'est l'utilisation de l'argent public qui est jugée mauvaise par ces généralistes et provoque leur indignation, car non axée sur les réels besoins de la prise en charge. « Si vous avez du fric à mettre, mettez le...enfin y'a plein d'endroits où je vais vous dire où faut le foutre. » (8)

Ainsi, le médecin 8 déplore que certains soins lui paraissant utiles pour la prise en charge ne soient pas remboursés. « Rembourser...tiens, tu vois, payer la cotis' de la gym du soir ! Parce que si c'est payé par la ...eh bien ils vont la faire. Parce que sinon ils vont pas la faire... » (8) « j'ai envoyé à la diététicienne euh parce que en effet...et je regrette d'ailleurs qu'elle soit pas prise en charge » (8)

Par ailleurs, elle critique l'influence du prix des médicaments sur les modifications thérapeutiques au décours d'une hospitalisation. « toi on vient te foutre une amende parce que tu as mis Lasilix au lieu de Furosémide mais à l'hôpital ils ont que du Lasilix, parce que t'as un putain d'accord de branche financier. Mais sur pleins de trucs hein ! Tu as énormément de médicaments, à l'hôpital tu les as, de toute façon ils ont switché pour celui de l'hôpital, le mec il ressort, ça va être la même famille, mais

comme il y a des accords de branche...et alors ça je trouve ça honteux ! [...] bah ça les perd, parfois aussi l'infirmière [...] Ca c'est un problème auquel j'ai été plusieurs fois confrontée » (8)

Enfin, est abordée également l'absurdité des ROSP, qui demandent un travail supplémentaire au généraliste, sans rigueur nécessaire au travail statistique selon le médecin 10. Cette constatation provoque sa consternation. « dans ces fameuses ROSP, la sécu m'avait écrit au mois de janvier puisque faut avoir leur chiffres au mois de janvier en disant voilà « vous avez 156 patients diabétiques, il nous faut leur taux d'hémoglobine glyquée avant 15 jours ». Passionnant ! Au mois de janvier, on est en pleine épidémie de grippe et on va aller sortir 156 dossiers de patients diabétiques pour savoir. Alors j'ai pris mon téléphone et je leur ai dit « vous avez des informaticiens, vous connaissez la liste de mes 156 patients, vous décrochez le téléphone, vous appelez le laboratoire, il vous le donnera. [...] je réponds pas ». Voilà. Et vous savez quelle est la réponse, qui m'a été donnée? « oh docteur, vous connaissez vos patients vous pouvez nous donner une réponse au pif ». Je leur ai dit : « une réponse au pif pour faire une politique authentique ? » » (10) « la sécurité sociale nous a sorti dans ses dernières ROSP qu'il fallait qu'on score nos malades... (*soupir*) Voilà.» (10)

#### - Les inégalités sociales de santé

L'accès aux soins est limité par l'âge avancé des patients insuffisants cardiaques. « j'ai des patients âgés en maison de retraite, j'attends pas le cardiologue » (3) « l'ERET, vraiment la grosse cause c'était le diabète [...] mais pour l'insuffisance cardiaque seule pas très couramment, faut reconnaître [...] les insuffisants cardiaques, c'est une population aussi souvent âgée, pas très mobile » (3)

L'éloignement géographique a aussi un impact non négligeable, surtout associé à l'âge avancé. « il nous faudrait une écho et tout, mais...elle a 90 ans, elle est dans le fin-fond de Saint B. bon voilà ! » (5) « il faudra qu'un jour les gens ils comprennent que nous on a 15 bornes à faire, et que quand t'as 80 balais, faire 15 bornes, c'est pas facile » (8)

Les inégalités sociales s'observent également dans l'observance aux règles hygiéno-diététiques des patients insuffisants cardiaques. Il existe des obstacles économiques à leur application : soit par manque de moyens, soit par incitation financière à consommer un plat salé. « comme les repas c'est cher pour le midi, le soir il a des sandwichs faits par son aide-ménagère. Ah je dis, « bah non, ça va pas aller les sandwichs! », pas avec la charcuterie, du pâté » (1) « tout d'un coup se font des ... bulots...3 kilos de bulots (rires) « C'était un prix intéressant docteur! » » (1)

L'isolement social est décrit par le médecin 1 comme pouvant gêner l'observance au régime hyposodé « t'as des gens aussi qui sont seuls à domicile et qui cuisinent pas [...] j'ai une dame qui commandait que du surgelé, parce qu'elle mettait dans son congel et comme elle était toute seule euh, voilà, elle cuisinait pas. Donc c'est pas forcément sans sel» (1)

### **b. La recherche de réseaux d'ETP par les médecins généralistes**

Les généralistes interrogés sont nombreux à rechercher des structures et des personnes pour assurer de manière optimale l'éducation thérapeutique de leurs patients insuffisants cardiaques. « si on avait une consultation dédiée à l'IC, seule, ce serait peut être bien, prise en charge et éducation. » (1) « vers qui on pourrait les orienter pour qu'ils puissent avoir du temps... c'est aussi un temps de parole quelque part, qu'on leur laisse pas tellement donc... pour comprendre pleins de choses déjà, au niveau alimentaire, au niveau hygiène de vie » (3) « l'éducation thérapeutique, ça va se limiter à quelques mots en consultation, et après c'est plus...ça relève plus d'associations qui vont prendre ça en charge mais là, pour l'insuffisance cardiaque, je ne sais pas [...] j'en ai pas entendu parler. » (13)

Le médecin 8 regrette le manque de structures et d'intervenants pour l'activité physique dans son secteur. « Ils sont très peu accessibles, d'autant qu'ici où t'as pas d'atelier. J'ai pas d'éducs, j'ai pas machin, j'ai pas euh...j'ai pas une salle de sport, j'ai l'activité gym le soir pour bobonne » (8)

Les centres ERET sont développés dans plusieurs villes du département, mais leur disponibilité est jugée insuffisante pour les patients ambulatoires, en partie par manque de proximité géographique. « Alors moi je fais quoi là ? Je demande à un taxi de nous les amener ? Je fais une navette ? [...] C'est l'énorme souci qu'on a avec les réseaux, c'est que en fait les trucs ils sont dans des centres, et il faudra qu'un jour les gens ils comprennent que nous on a 15 bornes à faire, et que quand t'as 80 balais, faire 15 bornes, c'est pas facile » (8) « notamment sur les activités physiques ils proposent pas grand-chose et à des horaires un peu compliqués pour les gens qui travaillent » (12)

### c. Perception et utilisation des réseaux et dispositifs de l'assurance maladie

Les médecins qui évoquent les dispositifs de l'Assurance Maladie (PRADO, SOFIA...) ne les utilisent pas car ils ne leur trouvent pas d'intérêt dans la prise en charge. « Pour les maladies chroniques, il y a SOFIA aussi qui prend en charge mais bon, à part passer des coups de fils, les gens savent même plus... « ah il y a la fille là, SOFIA, elle m'a appelé » « ah bon qu'est-ce qu'elle vous a dit? », « elle m'a demandé comment ça va? » [...] ça apporte pas ce genre de choses » (1)

Le médecin 8 déplore également l'absence de disponibilité et d'adaptation de ces dispositifs aux contraintes des patients et des généralistes. « en fait les réseaux viennent pas à nous non plus [...] faut toujours qu'on aille vers eux. Les réseaux SOFIA c'est super mais faut que t'appelles. Mais va-t'en appeler toi, déjà 1 : il faut qu'on capte. 2 : faut avoir le temps parce que c'est sympa SOFIA, c'est 9h-12h, 14h-17h, donc soit t'as quelqu'un qu'est vieux et qu'entend plus rien, soit sinon c'est quelqu'un qui bosse pas. Sinon bah c'est personne ! » (8)

Les médecins 2 et 8 sont en colère à l'évocation de ces dispositifs qui sont jugés inefficaces et coûteux. « moi, à chaque fois ça m'énerve. Il y a SOFIA en plus...je sais pas ce que ça coûte mais ça doit être monstrueux pour rien ! (*sourire*) Franchement moi ça me dégingue » (2)

Le médecin 8 souligne l'incohérence de réseaux censés coordonner la prise en charge mais situés dans des centres éloignés, ne connaissant pas le terrain ni les acteurs de proximité. « « bah écoute je suis médecin coordinateur à Baclesse, c'est pour les soins de proximité » « c'est cool, tu vas venir me voir ! » « ah bah non », je dis « comment ça, tu fais de la proximité sans venir voir le terrain, toi ! » « non, je suis chargée d'appeler les professionnels pour faire une coordination en amont » « sans venir voir le terrain ! » Parce que tu répètes quand même. » (8)

### d. Difficultés logistiques et techniques en médecine ambulatoire

Organiser le déplacement en consultation d'un patient peu autonome peut être complexe. Cela demande le concours de la famille ou à défaut la sollicitation d'un taxi ou d'une ambulance. « allez faire promener quelqu'un qui a 95 ans, que les enfants habitent à perpète, ils en ont rien à p...rien à foutre, enfin voilà c'est...faut appeler l'ambulance, faut faire...enfin bon, enfin voyez, enfin c'est un peu compliqué quoi » (5) « faut prévenir les enfants, faut un peu...bah oui enfin c'est...vous verrez c'est pas que...c'est pas simple la médecine à domicile. » (5)



Toujours sur le plan logistique, le médecin 8 a eu des difficultés à se repérer en campagne lors de ses premières visites à domicile. « moi au début pour trouver les fermes à B., c'est la merde parce que t'as...c'est des fermes isolées. » (8)

Un accès aux réseaux téléphonique ou internet lors des visites en zone rurale est également aléatoire pour le médecin 8, et donc pour ses patients. « Mais va-t'en appeler toi, déjà 1 : il faut qu'on capte. » (8) « « bah oui mais par internet.. », je dis « qu'est-ce que vous allez faire par Internet, attendez, bah si ici j'ai une super connexion, mais vous faites 5 bornes on en n'a plus ». » (8)

Concernant les outils techniques des médecins généralistes, l'ECG est plusieurs fois mentionné, mais ils n'en disposent pas toujours. « j'ai plus de difficultés parce que faut faire un électro » (5) « elle est pas en arythmie, elle est pas passée en arythmie, elle a pas de fièvre, enfin je suis sûre ! [...] avec les moyens du bord » (5)

Les moyens techniques de surveillance du poids sont nécessaires au suivi, mais leur absence au domicile des patients ou leur incapacité à les utiliser du fait de la perte d'autonomie est un obstacle dans la surveillance. « Qu'elle se pèse mais on n'a pas trouvé de balance » (5) « là je peux pas le peser » (13)

#### **e. Une solution : des réseaux informels de soignants de proximité**

Le médecin 8 est la plus éloquente et investie concernant les réseaux informels de soignants de proximité. Installée récemment, elle a su créer son propre réseau progressivement, et en tire un net bénéfice dans la prise en charge de ses patients, appréciant le dynamisme de ce fonctionnement.

« « quand on s'installe on connaît personne, ça aide à l'installation, [...] rien ne vaut un carnet d'adresses. Et en 6 mois tu te seras fait un carnet d'adresses. Fais-toi un carnet. En remplaçant, en effet, en faisant tes stages dans l'hôpital du coin, en allant voir tes confrères ». Et tu vois en fait, ça, ça marche ! » (8) « ça en plus c'est réactif. » (8)

Ce système permet de rompre avec l'isolement géographique de son exercice rural. « si on s'épaule pas...voilà, on est en effet isolé. Il y a des gens qui sont beaucoup plus isolés dans des cabinets de groupe que moi ici, hein ! » (8)

Elle souhaite cependant aller plus loin et a débuté des démarches administratives pour favoriser l'installation de nouvelles professions de santé dans le secteur. « J'aimerais bien [...] monter un atelier thérapeutique. Comme ça... tu l'organises et puis pendant qu'ils le font, tu fais autre chose. » (8) « on a un éducateur sportif spécialisé en handicap et puis spécialisé aussi justement dans le paramed, le mec il a 25 milliards de formations en éducatif sportive, appliquée à la médecine etc, il arrive pas à faire prendre en charge son installation. Sa gonzesse c'est une kiné. » (8)

### **UNE ZONE DE DESERTIFICATION MEDICALE**

#### **a. Cardiologues**

La plupart des médecins généralistes pensent que leur secteur manque de cardiologues. « Mais en cardiologie le problème c'est que, quand on a un suivi, le cardiologue il n'y en a pas [...] A peine on veut dire, « faudrait... »...ah bah non on peut pas parce qu'il n'y a pas de cardiologue » (2)

Certains décrivent une évolution défavorable de la démographie des cardiologues dans l'Orne. « il y avait 4 cardiologues, on en a 2. Enfin deux et demi parce qu'il y a Monsieur T, il est là mais enfin bon il...il devrait plus être là depuis quelques années le docteur T. » (10) « il n'y aura plus de cardio à B. là, ça y est, ils sont partis » (5)

Ils comprennent donc que les cardiologues manquent de temps, et éprouvent de l'empathie. « les cardio, ils les voient quoi? Un quart d'heure? [...] les cardiologues, ils ont pas le temps » (1) « Il faut se mettre à la place du cardiologue aussi » (10)

Ils font le lien avec les délais de consultations de cardiologie qu'ils jugent trop longs. « les cardiologues, que ce soit en milieu hospitalier ou en milieu de ville d'ailleurs on a des grandes difficultés à avoir des avis dans des délais respectables. C'est vraiment le gros problème. » (3)

A défaut, certains généralistes adressent leurs patients aux urgences. D'autres y ont recours car l'absence de prise en charge spécialisée amène une détérioration clinique du patient insuffisant cardiaque. « Alors, à la limite, il faut les envoyer aux urgences de l'hôpital, avec un peu de chance, il y a quelqu'un qui fait une échographie » (5) « je trie sans le savoir, je vois bien, j'ai des patients « pfff je vais pas les envoyer, je vais essayer d'arranger ça ». Puis bon des fois ça se termine à l'hôpital malheureusement. » (3)

Ils sont également contraints de prendre des initiatives thérapeutiques à défaut d'avoir une consultation spécialisée dans un délai jugé raisonnable. « De toutes façons comme j'ai plus trop le choix, bon bah voilà. Si on avait un recours plus facile peut-être qu'on demanderait plus d'avis mais vu les délais de 9 mois, en général si on n'a pas adapté la dose avant on est mal » (3)

## **b. Néphrologues**

Plusieurs généralistes d'un secteur ornaïse n'ont qu'un néphrologue à proximité de leur lieu d'exercice. « on n'a qu'un néphro ! » (6)

Les délais de consultation restent relativement longs d'après le médecin 12. « les délais sont quand même un peu longs donc c'est toujours le problème » (12)

Cette situation semble moins gêner les généralistes que celle des cardiologues, du fait du moindre recours aux néphrologues en pratique courante. Les indications à leur adresser les patients sont moins fréquentes. « s'il le connaît déjà... on peut être amené à travailler avec, mais...non. Tant que la clairance est à plus de 30, euh. Voilà » (6) « Non. J'ai très peu d'insuffisant rénal sévère. » (8)

De façon similaire aux cardiologues, les néphrologues sont facilement accessibles au téléphone pour donner un avis et anticiper la prise en charge. « Par contre après on les a facilement au téléphone. C'est l'avantage quand même, on les connaît donc on peut très facilement avoir des avis déjà, des premières choses déjà pour débrouiller le terrain avant d'avoir la consult'. » (12)

Les interviewés ont plus de difficultés à comprendre la prise en charge du néphrologue. « Mais moi c'est la prise en charge de l'insuffisance rénale que je comprends pas. Je sais pas comment est-ce qu'ils se basent » (2) « quand les DFG arrivent à 20, 25, le néphrologue dit « c'est pas mal, ça va, tout va bien ». (Rires) Si c'est vrai je vous jure ! » (5)

## **ANALYSE DES RESULTATS**

Après l'exposition de nos résultats, nous avons voulu aller plus loin en analysant les liens entre les thèmes. Cette analyse permet de répondre à la question de recherche : quelles sont les difficultés rencontrées par les praticiens ? Ces difficultés sont-elles contournées par les généralistes ? Dans ce cas, quelles sont les solutions apportées ?

### **I. La remise en question des médecins comme moteur de modification des pratiques**

#### **1) Les doutes et questionnements des généralistes**

Les généralistes interrogés ont tous évoqué des doutes ou des questionnements sur leur propre pratique.

Ces doutes concernent tout d'abord leur propre connaissance des recommandations. Plusieurs médecins admettaient ne pas connaître précisément les recommandations de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, qu'ils n'ont pas lu ou dont ils n'ont pas tout retenu. Ils connaissent leurs limites et considèrent qu'ils ne peuvent pas connaître toutes les recommandations dans tous les domaines de la médecine.

Leur incertitude concernant la manipulation des médicaments était moins importante. 2 médecins ne savaient pas dire s'ils éprouvaient des difficultés à manipuler les traitements de l'insuffisance cardiaque. En revanche, ils se posaient plus de questions sur les médicaments contre-indiqués dans l'insuffisance cardiaque: les corticoïdes sont-ils moins délétères que les AINS ? Le passage systémique des AINS locaux est-il significatif ? La plupart des généralistes utilisent intuitivement les corticoïdes et AINS locaux comme alternative, sans réellement pouvoir justifier leur choix.

Ils se sont beaucoup interrogés sur leur aptitude à transmettre leurs connaissances aux patients. Lors des entretiens, les questions posées sur leur pratique à ce sujet faisaient parfois naître une perplexité, les médecins n'ayant pas toujours conscience de leur façon de réaliser cet aspect de la prise en charge. Plusieurs médecins ne savaient pas s'ils annonçaient eux-mêmes le diagnostic d'insuffisance cardiaque à leur patient, et de quelle manière ils le faisaient, traduisant une transmission des connaissances informelle et non systématique, voire non consciente. Ils avaient tous le sentiment de réaliser une éducation aux règles hygiéno-diététiques superficielle et incomplète, plutôt centrée sur l'essentiel.

Les médecins ont décrit de nombreuses formes de résistance des patients à l'éducation thérapeutique, renforçant ce sentiment de difficulté et de doute quant à leurs capacités à transmettre les connaissances. Ainsi, 4 généralistes se sont interrogés : réalisent-ils vraiment de l'éducation thérapeutique ? Sont-ils suffisamment formés pour cela ? Ils avaient conscience de leurs lacunes concernant cet aspect de la prise en charge, et de leur manque de formation à ce sujet.

Enfin, ils se sont demandé quelle part de l'information délivrée au patient est réellement retenue et appliquée. Ils ne savent pas comment mesurer l'impact de l'information qu'ils donnent, ni comment évaluer avec certitude l'observance des patients aux règles hygiéno-diététiques.

Ce questionnement a fait apparaître chez 2 médecins un besoin de comparaison aux autres praticiens, et une nécessité d'évaluation de leur propre pratique relativement aux confrères.

## 2) La prise de risque

Les doutes impliquent parfois un sentiment de prise de risque dans la pratique quotidienne.

C'est principalement sur le plan médicamenteux que la prise de risque apparaît, par exemple lorsque le soulagement d'un patient amène à l'utilisation d'AINS ou de corticoïdes, ou lorsque le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque induit une hypotension exposant à un risque de chute. 4 médecins rapportent un événement iatrogène lié à l'utilisation d'AINS chez des patients, insuffisants cardiaques ou non. A chaque fois, cet événement est associé à une forte culpabilité, les médecins étant attachés au principe du *primum non nocere*.

Le risque iatrogène de la polymédication, elle-même favorisée par les comorbidités, est souvent évoqué par les médecins. Une praticienne affirme qu'elle doit quotidiennement gérer ce type de situation. Les prises en charges complexes de patients ayant des comorbidités induisent parfois des prescriptions contradictoires, les traitements d'une pathologie pouvant en décompenser une autre (par exemple, prescription conjointe de bêtabloquants per os et de bêtamimétiques inhalés chez des patients ayant une comorbidité pulmonaire).

L'évaluation de la balance bénéfico-risque est donc essentielle dans la gestion du risque iatrogène, et fait systématiquement partie de leur réflexion. Ils transforment ainsi cette difficulté en critère de prescription, faisant partie intégrante de la démarche thérapeutique.

Les chutes et leurs complications, ainsi que les difficultés de maintien à domicile des patients fragiles, âgés et/ou isolés, dont l'insuffisance cardiaque est décompensée, sont autant de situations à risque rencontrées par les médecins. Ces risques liés à la perte d'autonomie sont inhérents à la pratique de médecine générale ambulatoire, d'autant plus dans cette population de patients insuffisants cardiaques, majoritairement âgée et souvent polyopathologique.

La prise de risque inclut donc la iatrogénie, les complications de la perte d'autonomie, voire l'échec de la prise en charge, allant parfois jusqu'à l'hospitalisation du patient. Ce sentiment de prise de risque, est renforcé par la question de la responsabilité médico-légale, présente à l'esprit de 2 médecins interrogés.

## 3) L'apprentissage des erreurs et la modification des pratiques

Ainsi, le risque entrepris et la survenue de conséquences négatives sont mal vécus par les médecins généralistes. Ils sont exigeants avec eux-mêmes, et éprouvent une grande culpabilité lorsqu'ils commettent une erreur ou provoquent un accident iatrogène. Ces événements, lorsqu'ils sont directement liés à leurs prescriptions, marquent fortement leur esprit, et ce quelle que soit l'ancienneté de leur exercice. Ils sont d'autant plus sensibles à ces événements qu'ils sont tous attachés au respect de la qualité de vie de leurs patients et au principe du *primum non nocere*. Cette iatrogénie est principalement rapportée avec les AINS.

Les doutes et questionnements des médecins traduisent leur capacité à remettre en question leurs actions, et à reconnaître leurs limites. Cette aptitude, associée à l'apprentissage des erreurs antérieures, conduit généralement à une modification durable de leur pratique, notamment par l'exclusion de certaines classes thérapeutiques. Cela motive également à la recherche d'alternatives pour améliorer la prise en charge de leurs patients.

Les pratiques des médecins ont beaucoup évolué après l'apparition de traitements de fond agissant sur le système rénine angiotensine aldostérone, car ces médicaments ont modifié les tableaux cliniques de l'insuffisance cardiaque. Plusieurs médecins, parmi les plus âgés, ont vu quasiment disparaître les œdèmes aigus pulmonaires, pourtant fréquents avant l'apparition des bloqueurs du SRAA. Ils ont donc dû modifier leur prise en charge médicamenteuse, mais également les modalités de surveillance des patients. De même, la place des examens complémentaires semble avoir grandi d'après un des généralistes ayant le plus d'années de pratique, selon lui au détriment de la clinique.

#### 4) Une volonté d'améliorer la prise en charge par la multidisciplinarité

La complexification des traitements et de la prise en charge incite donc les généralistes à se tourner vers les autres professions de santé. Les médecins ont tous la volonté d'assurer la meilleure qualité des soins à leurs patients insuffisants cardiaques. Les doutes, les erreurs, le risque iatrogène sont des difficultés intrinsèquement liées à leur pratique contre lesquelles ils luttent grâce à l'appui des autres professionnels de santé.

Un des médecins souligne qu'il n'est plus possible d'exercer la médecine générale seul « dans son coin », et la complexité des prises en charges oblige le généraliste à en déléguer certains aspects.

Deux médecins insistent sur la nécessité d'une prise en charge conjointe des maladies chroniques par le généraliste et le spécialiste. Les patients ayant de plus en plus de comorbidités, la coordination des différents avis spécialisés par le médecin traitant est essentielle à une prise en charge de qualité.

Ainsi, tous les généralistes se reposent, au moins partiellement, sur le cardiologue pour la gestion du traitement de fond de l'insuffisance cardiaque. L'initiation des bêtabloquants est délicate pour la majorité des médecins du fait des contre-indications et de l'absence d'ECG au cabinet. La manipulation des nouveaux médicaments tels que l'Entresto n'est jamais réalisée par les généralistes, qui n'utilisent pas les thérapeutiques qu'ils ne connaissent pas. Le cardiologue est également mis à contribution pour l'éducation aux règles d'hygiène diététique, un des généralistes considérant que l'impact du spécialiste est plus fort que le sien dans cet exercice. Les prises en charges en centre de rééducation cardiaque sont laissées à l'appréciation du cardiologue, les généralistes n'intervenant pas dans ce domaine. En cas de situation aigüe ou complexe, le cardiologue de proximité est le premier recours du généraliste, qui n'hésite pas à le contacter par téléphone pour assurer la bonne prise en charge thérapeutique, et se rassurer lui-même. Le cardiologue est donc une référence et un recours précieux pour tous les généralistes interrogés.

L'hôpital est le second appui du généraliste en cas de situation aigüe, voire même en cas d'indisponibilité du cardiologue. L'hospitalisation, principalement en cas de première décompensation faisant découvrir l'insuffisance cardiaque, est également l'occasion d'initier le traitement médicamenteux et l'éducation thérapeutique. Elle est souvent la porte d'entrée vers l'ERET.

L'ERET est une autre ressource utilisée par certains généralistes. D'après eux elle permet de pratiquer une éducation thérapeutique adaptée, réalisée par des professionnels formés à cet exercice et associée à un temps d'écoute du patient. Comme décrit plus haut, les généralistes sont conscients des insuffisances de leur éducation, et de leur manque de temps et de formation. Certains médecins considèrent que le généraliste ne peut simplement pas assurer cette charge et doit la déléguer à une équipe dédiée. Une autre généraliste a expérimenté les consultations dédiées à l'éducation mais conclut à un rapport temps/bénéfice insuffisant, la motivant à déléguer cette activité.

Les infirmiers libéraux sont des aides majeures dans la surveillance du patient insuffisant cardiaque et ont un rôle de régulateur et de sentinelle en alertant précocement le médecin en cas de signe de décompensation. Pourtant, la prescription de leur intervention n'est pas liée directement à l'insuffisance cardiaque mais plutôt aux comorbidités fréquemment associées chez ces patients. La communication et la coopération est souvent aisée du point de vue des généralistes. 2 médecins insistent sur la compétence et l'investissement des infirmiers libéraux, parfois essentiels au maintien à domicile des personnes les plus fragiles. Une des généralistes met un point d'honneur à valoriser leur profession, et à les inclure à part entière dans la prise en charge des patients.

Les autres professionnels de santé tels que les pharmaciens, les diététiciennes, mais aussi les auxiliaires de vie sont moins souvent évoqués, mais gardent une place dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Pourtant, une des généralistes pointe le manque de formation des auxiliaires de vie sur le régime hyposodé, une autre déplore le non-remboursement des consultations de diététique. Ces deux propositions permettraient-elle une amélioration de l'observance des patients aux règles d'hygiène diététique ?

La prise en charge multidisciplinaire a donc deux objectifs principaux pour les généralistes : améliorer la qualité des soins et contourner certaines difficultés de la pratique quotidienne. Elle semble être une stratégie essentielle dans la gestion des maladies chroniques dont la prise en charge est de plus en plus complexe.

## **II. Les recommandations générales comme point de départ d'une prise en charge individuelle du patient**

### **1) L'adaptation des recommandations au terrain**

Les recommandations de prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque systolique étant précises et appuyées sur des essais cliniques randomisés, elles sont le point de départ nécessaire de la prise en charge pour la plupart des médecins interrogés.

Cependant, dans la pratique de médecine générale ambulatoire, notamment rurale, les médecins considèrent que les moyens techniques et humains sont insuffisants pour une application correcte des recommandations. Cette contrainte concerne principalement l'accès au spécialiste, en partie du fait d'un délai de consultation jugé trop long.

Les médecins doivent donc s'adapter, en adressant moins leurs patients insuffisants cardiaques au spécialiste et en prenant plus d'initiatives par eux-mêmes. Un des médecins admet « trier » les patients qu'il va adresser au spécialiste du fait des difficultés d'accès. Certains généralistes ont même parfois recours aux services d'urgences à défaut de pouvoir gérer la situation en ambulatoire avec le cardiologue. Cette difficulté est souvent source de frustration pour les généralistes interrogés.

A noter que cette situation est plus fréquemment rencontrée chez les médecins exerçant dans l'Ouest du département et/ou en zone rurale.

Les difficultés logistiques sont aussi un frein à l'application des recommandations, notamment lorsqu'il s'agit de faire déplacer un patient peu autonome vers l'ERET, le cabinet ou l'hôpital pour une consultation spécialisée. Les médecins généralistes doivent évaluer la balance entre le bénéfice et le désagrément induit.

En outre, la réalité de terrain oblige les médecins à être pragmatiques dans la lecture et l'application des recommandations. Ainsi, pour s'enquérir des nouvelles recommandations, ils utilisent des formats synthétiques ou s'informent directement auprès du spécialiste. Dans la pratique quotidienne, ils adaptent les recommandations aux moyens techniques et humains dont ils disposent, ainsi qu'aux possibilités de déplacement de leurs patients. L'application pragmatique des recommandations explique en partie la non utilisation du Plan Personnalisé de Santé par les médecins de l'échantillon, qui n'en ont pas toujours connaissance, n'en ressentent pas le besoin et le considèrent comme une charge administrative supplémentaire.

## 2) L'adaptation des recommandations au patient

Les médecins insistent tous sur l'importance de la qualité de vie de leurs patients insuffisants cardiaques. La plupart d'entre eux affirment clairement la priorité de cet objectif sur l'application des recommandations. C'est principalement par l'utilisation des AINS et corticoïdes à visée antalgique, et par la diminution des traitements de fond hypotenseurs en prévention des chutes que les recommandations sont ajustées.

L'application des recommandations dépend aussi des attentes et souhaits du patient, avec qui le médecin discute et élabore le projet thérapeutique, formant ainsi une alliance thérapeutique. L'investissement du patient, ses capacités de compréhension et d'autonomisation sont des variables auxquelles le médecin doit obligatoirement s'adapter.

La prise en charge est également modulée selon l'âge et l'autonomie des patients, au détriment des patients les plus âgés et moins autonomes, pour lesquels la prise en charge médicamenteuse est moins dynamique, les règles hygiéno-diététiques plus souples, et l'appui du spécialiste moins souvent sollicité. Leur capacité d'auto-surveillance et leur motivation à changer leurs habitudes sont également moindres.

Les comorbidités, principalement rénales et pulmonaires, sont des facteurs majeurs influençant la prescription médicamenteuse, mais les médecins semblent s'y accommoder aisément. En effet, chaque prescription fait l'objet d'une évaluation de la balance bénéfico-risque, et la contrainte liée aux comorbidités est incluse dans cette réflexion. Ces comorbidités ne sont donc pas vraiment perçues comme des difficultés supplémentaires, mais comme des variables modifiant la prise en charge médicamenteuse.

En revanche, la présence d'une insuffisance cardiaque chez un patient ayant des comorbidités rhumatologiques douloureuses est fréquente et contraignante pour les médecins, car l'utilisation des AINS et corticoïdes est déconseillée, bien que plus efficace que les antalgiques simples. La balance bénéfico-risque est alors plus souvent en faveur des corticoïdes en cures courtes.

Le généraliste doit également composer avec l'observance aléatoire des malades à leur traitement, à leur régime alimentaire, et à la correction des facteurs de risque cardio-vasculaire. Qu'elle soit volontaire ou non, l'inobservance au traitement médicamenteux et aux règles hygiéno-diététiques est fréquente et a de multiples causes. Elle représente une réelle difficulté pour les généralistes, tant pour l'identifier que pour la contourner. Mais en médecine ambulatoire, comment avoir la certitude de l'observance ? Dans ce cas, comment adapter les traitements médicamenteux et les consignes diététiques ? Comment interpréter l'échec d'un traitement ? Il en est de même concernant la prise d'AINS en automédication, certains médicaments de cette classe étant en vente libre en pharmacie. Hormis chez les patients vivant en EHPAD, les médecins n'ont pas de réel moyen de contrôle, et doivent parfois rechercher ce que les patients ne disent pas. Leur réponse à cette problématique

dépend en partie de leurs valeurs, de la stabilité de l'insuffisance cardiaque et de la relation qu'ils ont avec leurs patients.

L'éducation des patients est donc variable, et les médecins adaptent le discours et le contenu selon chaque patient. Ils donnent tous les consignes essentielles, en particulier les signes d'alerte, et adaptent le reste selon l'intérêt du patient pour sa prise en charge, la stabilité de sa maladie, ses capacités de compréhension et son mode de vie. Toutes les explications ne sont donc pas systématiquement données aux patients. Une praticienne pense qu'un excès d'explications induit parfois une confusion chez ses patients, d'où une simplification des informations transmises.

Enfin, les généralistes doivent adapter leurs conseils au milieu socio-économique des patients. En effet, certains problèmes d'observance sont liés à des freins économiques, ou à un isolement social qui doivent être pris en compte. Les facteurs socio-culturels des patients influençant leurs habitudes de vie, les médecins doivent ajuster leurs conseils et objectifs.

### 3) Valeurs et pratiques des généralistes

Les principales valeurs des généralistes influençant l'application des recommandations sont le respect du choix et de la qualité de vie des patients. Ils préfèrent donc ne pas suivre les recommandations que de déroger à ces principes, à condition que les patients soient clairement informés des conséquences et risques induits. Les médecins insistent sur le fait que les patients ne rentrent pas toujours « dans les cases » des recommandations, et considèrent que ces dernières doivent être modifiées en fonction du malade et non pas l'inverse. Placer le patient au centre de la prise en charge fait donc partie de leurs principes.

L'empathie pour les patients impacte également les soins, car elle induit parfois une tolérance aux écarts d'observance, notamment chez les patients âgés. Ainsi, la plupart des médecins considèrent que l'observance est correcte si l'insuffisance cardiaque est stable, et ne souhaitent pas gêner leurs patients en rigidifiant le cadre des règles hygiéno-diététiques. De même, ils sont indulgents sur les objectifs à atteindre lorsqu'ils observent des efforts, même insuffisants, de la part de leurs patients. Paradoxalement, la plupart des médecins n'ont pas d'empathie pour les patients ayant des facteurs de risque cardio-vasculaire modifiables, comme la sédentarité, l'obésité ou le tabac. Cette absence d'empathie est-elle réactionnelle au sentiment d'échec du médecin dans son rôle pédagogique ? Quel est alors l'impact sur la relation médecin-malade ? Dans ces situations, l'attitude parfois culpabilisatrice des médecins contraste avec le rôle d'accompagnement qu'ils mettent en avant.

L'implication dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est différente d'un praticien à l'autre. Premièrement, l'attrait pour l'insuffisance cardiaque est variable, et se répercute sur la prise en charge. Une praticienne souligne qu'elle effectue moins facilement sa formation continue sur les pathologies cardio-pulmonaires que sur la gynécologie, ce domaine lui semblant plus intéressant. Deuxièmement, la rigueur et l'investissement du médecin dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est parfois influencée négativement par le pronostic péjoratif de la maladie.

L'adhésion aux recommandations est également variable. Parfois perçues comme ayant simplement une logique économique, d'autres fois comme étant consommatrices de soins, voire comme étant inutiles, le point de vue des médecins sur les consignes des sociétés savantes influence de manière importante leur pratique. La contradiction entre la prescription de l'Entresto par les cardiologues, et l'absence de ce traitement dans les recommandations de l'HAS 2014 renforce la place du spécialiste dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, au détriment des recommandations. Deux médecins pensent que les recommandations sont plus adaptées à une pratique hospitalière



qu'ambulatoire. Un autre insiste sur la nécessité de rester critique vis-à-vis de l'information reçue, d'où qu'elle vienne.

En pratique, ils sont moins à l'aise dans l'éducation thérapeutique du patient et l'explication de la pathologie que dans la prise en charge médicamenteuse. Ceci s'explique d'une part par un manque de connaissance et de formation à l'éducation thérapeutique, d'autre part par un manque de temps. Cet aspect des recommandations est donc peu suivi par les généralistes interrogés, ce qui est parfois source de frustration et d'impuissance. La transmission de leurs connaissances aux patients se limite donc souvent aux signes d'alertes et à des conseils hygiéno-diététiques simplifiés.

Dans une moindre mesure, les habitudes de prescription influencent la stratégie de prise en charge. La manipulation des médicaments est variable selon les classes thérapeutiques et les généralistes, les médecins ayant la plus longue expérience semblant plus à l'aise dans cet exercice. Les médecins ayant moins de difficulté d'accès au cardiologue n'introduisent pas les traitements de l'insuffisance cardiaque et réalisent moins d'adaptations posologiques.

Enfin, la responsabilité médico-légale reste présente à l'esprit des médecins mais influence peu leur pratique. Elle amène parfois ces derniers à assurer leur prise en charge par un avis spécialisé, en consultation ou par téléphone.

#### 4) L'influence de la relation médecin-malade

Les médecins interrogés connaissent leurs patients, leur histoire médicale, leur histoire de vie, et leur personnalité, et s'en servent pour guider et adapter la prise en charge. Ils reconnaissent le caractère unique et aléatoire de chaque relation médecin-malade. Un des médecins pense que la consultation en tête-à-tête, telle qu'elle est réalisée en médecine générale ambulatoire, est propice à une bonne relation médecin-malade.

Cette relation entre le médecin et son patient influence positivement la prise en charge lorsqu'elle facilite la communication. Cet aspect est essentiel à l'alliance thérapeutique puisque la facilité du patient à exprimer ses symptômes, ses attentes et ses difficultés d'observance aide le généraliste à adapter les consignes et les traitements. Pourtant, un des médecins pense, suite à une expérience personnelle, qu'il n'y a pas de corrélation entre la qualité de la relation médecin-malade et l'observance du patient. Un autre médecin pense que l'alliance thérapeutique est renforcée par la cohérence entre les paroles du médecin et son propre mode de vie, qui le rendent plus crédible aux yeux des patients : le médecin doit donner l'exemple.

A l'inverse, certains médecins ont le sentiment de ne pas être écoutés par leurs patients. Ce sentiment s'ajoute à de nombreuses résistances des patients aux conseils donnés par leur médecin. Altérant la relation médecin-malade et amenant un sentiment d'échec du généraliste, ceci induit une lassitude et un découragement. Ce discours revient régulièrement chez les médecins les plus expérimentés. La déception amène parfois un désinvestissement de la prise en charge. Un des médecins se considère même comme étant un « mauvais médecin » lorsqu'il évoque les limites de son investissement pour les patients inactifs dans leur propre prise en charge.

Par ailleurs, l'impact de l'éducation thérapeutique réalisée par le médecin peut être diminué par une relation médecin-malade trop informelle et ancienne, l'influence du médecin sur son patient étant moindre.

### 5) Au final : une prise en charge centrée sur le patient

La nécessité de recommandations de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique est admise par la plupart des médecins généralistes. Ces derniers s'en servent comme guide pour orienter leur pratique, mais insistent sur la priorité donnée au patient. Ils mettent le patient lui-même au centre du soin, et l'impliquent dans sa prise en charge par le biais d'une alliance thérapeutique.

Un des médecins n'accorde pas d'importance aux recommandations et dit s'appuyer uniquement sur l'avis du patient et celui du cardiologue, mais garde à l'esprit que le spécialiste base sa pratique sur les recommandations des sociétés savantes.

Les médecins ont conscience que la création de l'alliance thérapeutique leur demande de bien connaître leurs patients et de discuter avec eux des modalités thérapeutiques et objectifs à atteindre. Ils sont donc attachés au respect des choix éclairés de leurs patients et de leurs attentes. Les médecins voient alors certains patients s'approprier les outils de la prise en charge : interprétation du proBNP, modification des posologies de furosémide par le patient lui-même, etc.

Dans tous les cas, de nombreuses variables viennent singulariser chaque prise en charge : ces variables sont d'ordres humain (qualité de vie, relation médecin-malade), médical (balance bénéfice-risque, comorbidités, facteurs de risque cardio-vasculaire, sévérité de l'insuffisance cardiaque), technique et logistique (autonomie, accès au plateau technique), et démographique (accessibilité du spécialiste).

Une prise en charge centrée sur le patient sous-entend une prise en charge globale. Les médecins doivent alors prioriser les différents soins selon la gravité de l'insuffisance cardiaque, les comorbidités et la qualité de vie des patients. Ils sont donc amenés à faire des choix qui ne correspondent pas toujours aux recommandations.

Une prise en charge médico-sociale chez les patients en perte d'autonomie est aussi nécessaire pour assurer leur sécurité au domicile et le maintien d'une activité physique adaptée.

C'est ainsi que les recommandations générales sont modulées par le médecin et adaptées à chaque situation, dans le but d'offrir au patient une prise en charge individualisée.

## **III. La contrainte du temps comme facteur altérant la qualité de la prise en charge**

### 1) La consultation : une multitude de fonctions et d'objectifs

La consultation est un temps que le médecin consacre à son patient, et éventuellement à son entourage, et durant lequel il doit veiller à plusieurs aspects de la prise en charge.

Les médecins interrogés ont décrit toutes sortes de missions exercées durant la seule consultation. La première est d'être disponible pour écouter le patient, et lui laisser le temps de s'exprimer. Cette étape est importante, et montre au patient l'intérêt qu'on lui porte.

Le médecin doit également assurer la transmission d'informations au patient. Celle-ci est faite au fur et à mesure des consultations, et permet une éducation du patient sur les signes d'alertes et consignes essentielles. En effet, la réalisation d'une consultation d'annonce ou d'une consultation dédiée à l'éducation aux règles hygiéno-diététiques n'est jamais réalisée par les généralistes. Cette

absence de consultation dédiée est en partie liée au rapport temps/bénéfice défavorable, comme l'a expérimenté un des médecins, mais aussi à l'absence d'intérêt de certains patients. Les médecins interrogés considèrent qu'il ne s'agit pas d'éducation thérapeutique au sens strict du terme. Le caractère chronique de la pathologie et le risque de récurrences de décompensations cardiaques sont aussi expliqués aux patients pour favoriser un suivi au long cours des règles diététiques. Les médecins répètent ces informations à chaque consultation pour maintenir les connaissances. Ils informent également l'entourage, quand l'occasion le permet, afin d'en faire un allié dans l'observance et la surveillance des signes d'alerte.

L'examen clinique est, s'il est fait de façon complète et rigoureuse, une étape qui prend du temps dans la consultation, notamment lorsque les patients sont obèses ou peu autonomes. Il est pourtant essentiel pour guider l'adaptation des médicaments, car décrit comme le principal déterminant de la démarche thérapeutique par les généralistes interrogés.

La réévaluation du traitement médicamenteux, qui prend en compte l'examen clinique, les comorbidités et les effets secondaires des médicaments est un autre aspect de la consultation, d'autant plus chronophage qu'il existe de nombreuses comorbidités. Comme le soulignent plusieurs médecins, les patients insuffisants cardiaques sont souvent âgés, polypathologiques et polymédiqués, facteurs rendant complexe cette partie de la prise en charge.

Enfin, le médecin doit assurer la surveillance biologique et éventuellement paramédicale. Il doit également coordonner les soins des différents professionnels de santé autour du patient, l'amenant parfois à appeler directement ces interlocuteurs, ou à rédiger un courrier.

Le contexte de sortie d'hospitalisation est d'autant plus chronophage pour le médecin qu'il doit généralement retracer les événements de l'hospitalisation pour prendre le relai de la prise en charge. Le temps consacré dépend de la qualité et de l'exhaustivité des informations transmises par l'hôpital.

Un des médecins ajoute que les patients, n'ayant pas toujours conscience de la charge de travail du généraliste, sont demandeurs de nombreuses choses annexes lors de la consultation. A noter que plusieurs médecins ont affiché dans leur salle d'attente des consignes rappelant qu'un rendez-vous correspondait à un patient et un motif. Ces consignes semblent ne pas être toujours comprises et respectées d'après une praticienne.

Ce temps de consultation peut être allongé par le trajet lorsque les patients sont vus à domicile.

Si l'on considère que le médecin effectue cette démarche pour toutes les pathologies chroniques associées à l'insuffisance cardiaque, puisqu'il doit assurer une prise en charge globale de son patient, comment inclure le tout dans le format de la consultation ? Ce format est-il adapté chez les patients polypathologiques, fréquents parmi les patients insuffisants cardiaques ?

## 2) La charge de travail annexe à la consultation

Les charges annexes aux consultations qui sont mentionnées par les médecins sont souvent d'ordre administratif, alors perçues comme ayant peu d'intérêt.

Un des médecins aborde le sujet des ROSP durant son entretien, évoquant l'expérience négative de devoir réaliser un travail fastidieux durant une période d'épidémie, et cela sans en tirer un bénéfice personnel sur sa pratique. A cette absence de bénéfice s'ajoute un sentiment d'inutilité lié à l'absence de rigueur méthodologique des ROSP, source de colère et d'indignation.

Plusieurs médecins sont gênés par l'importance de la charge administrative, qui traduit parfois selon eux une traçabilité excessive, une formalisation inutile, voire une responsabilisation illégitime du médecin généraliste. Le Plan Personnalisé de Santé a été perçu par certains généralistes comme faisant partie de cette « paperasse », amenant à formaliser un travail qu'ils font déjà en pratique avec les autres professionnels de santé.

Le dernier travail annexe aux consultations mentionné lors des entretiens est la mise à jour des connaissances par la formation continue. Cette formation est réalisée par tous les généralistes, sous des formes différentes, formelles ou non, individuelles et collectives. Contrairement aux autres tâches annexes, la formation continue leur semble essentielle, et ils prennent le temps de la réaliser régulièrement. A noter que cette actualisation des connaissances est parfois réalisée au cours de la consultation, lorsqu'ils s'interrogent sur une situation clinique.

La liste des missions annexes du généraliste n'est pas exhaustive dans ce travail mais donne une idée de la complexité de la gestion du temps. Ce travail montre la lassitude voire la colère des médecins vis-à-vis de missions qui les éloignent de leur rôle d'accompagnement des patients.

### 3) Le manque de temps source de frustration

L'idée du temps est évoquée par la plupart des médecins dans les différentes étapes de la consultation. Le temps est en effet un gage de qualité des soins, et assurer toutes ces missions pendant la consultation semble difficile pour les généralistes.

La plupart regrettent de ne pas avoir plus de temps à consacrer à leurs patients, car cette situation est en contradiction avec les principes de disponibilité et d'accompagnement qu'ils mettent en avant. C'est donc souvent un sentiment de frustration qui est associé à ce manque de temps.

Ce sentiment apparaît également chez 2 médecins lorsqu'ils évoquent la contrainte du temps dans la réalisation de leur formation continue : impossibilité à participer à un groupe de pairs ou à lire les formes non synthétiques des recommandations.

En effet, comment assurer une prise en charge de qualité lorsque le temps manque pour la formation continue ou pour la réalisation correcte des différentes missions de la consultation ? La frustration est en partie liée à une insatisfaction concernant la qualité des soins et l'obligation de déléguer certaines missions, notamment l'éducation thérapeutique.

L'indignation et la colère qui s'y associent chez certains médecins témoignent d'un sentiment d'incompréhension de leurs difficultés par les décideurs et structures de la politique de santé (politiques, assurance maladie, HAS...).

### 4) Les conséquences sur la qualité des soins

Les médecins insistent sur le temps important nécessaire à un interrogatoire complet, un examen clinique de bonne qualité et une transmission optimale des connaissances. Ils voient donc le manque de temps comme un obstacle à la qualité et à la réalisation complète des soins.

Ainsi, un des médecins a abandonné la pratique de consultations dédiées à la diététique, par manque de temps, impactant ainsi la qualité de la prise en charge non médicamenteuse en l'absence d'alternative locale. Un autre avance la difficulté de faire déshabiller complètement un patient peu autonome, dans le but de réaliser un examen clinique complet. Un dernier déplore manquer de

temps pour écouter le patient et ses questions concernant les règles hygiéno-diététiques. C'est donc la restitution des connaissances du patient qui est mal réalisée, gênant l'évaluation de son action par le généraliste. L'aspect médicamenteux semble moins concerné par ce problème, même si les médecins interrogés appuient principalement leur prescription sur l'examen clinique.

La surveillance adaptée d'un patient ayant une insuffisance cardiaque décompensée est parfois trop chronophage pour le médecin généraliste, qui, par manque de temps, doit adresser son patient en hospitalisation.

On voit donc bien l'impact de ce manque de temps sur la qualité de la prise en charge par le généraliste, mais aussi partiellement sur la décision d'hospitalisation en cas de décompensation.

Pénalisant également la réalisation de la formation continue par les généralistes, le manque de temps influence indirectement la prise en charge par une moindre mise à jour des connaissances.

#### **IV. La prise en charge multidisciplinaire en pratique**

##### **1) Une volonté des médecins généralistes**

Comme décrit plus haut, les médecins se tournent facilement vers les autres professionnels de santé pour pallier aux difficultés de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. L'importance donnée à la confraternité et à l'empathie envers les autres médecins facilite les échanges et la coopération. Cette tendance est accentuée par une volonté de se rassurer sur la qualité de la prise en charge, et d'en répartir la responsabilité.

Les cardiologues sont donc sollicités pour orienter la thérapeutique, car perçus comme les référents par les médecins généralistes. Les équipes d'éducation thérapeutique sont également recherchées par les médecins, qui sont conscients de la non exhaustivité des informations qu'ils donnent à leurs patients.

Comme le souligne un des médecins, la pratique de médecine générale isolée et monodisciplinaire n'est plus envisageable à l'heure actuelle et plusieurs d'entre eux considèrent qu'une pathologie chronique doit systématiquement être suivie par le généraliste et le spécialiste.

Dans la pratique, les médecins assurent un rôle de coordination des différents professionnels de santé, mais rencontrent parfois des difficultés de coopération.

##### **2) Une coopération difficile avec les réseaux de prise en charge**

Malgré cette volonté, les entretiens réalisés mettent en évidence plusieurs difficultés de coopération entre les généralistes et les autres professionnels de santé, en particulier les réseaux d'éducation et centres hospitaliers.

Les difficultés de coopération concernent en premier lieu l'ERET. Premièrement, il semble que l'ERET, ses indications dans l'insuffisance cardiaque et son fonctionnement, soient mal connus par les médecins et leurs patients, ce qui est en partie à l'origine de ce manque de collaboration. Plusieurs médecins connaissent l'ERET pour l'insuffisance cardiaque, mais n'ont simplement pas le réflexe d'y adresser leurs patients. Deuxièmement, plusieurs médecins ont le sentiment d'une inefficacité de ce dispositif au long cours, et/ou ne reçoivent que peu d'informations sur les apprentissages de leurs

patients, à l'origine de leur déception. En effet, certains médecins adressant leurs patients à l'ERET ne savent pas exactement à quelle étape ils se situent, voire même s'ils y adhèrent encore, les rendant sceptiques quant à l'efficacité du dispositif. Cette déception rend les généralistes plutôt passifs vis-à-vis de cet outil. Ainsi, plusieurs d'entre eux laissent l'hôpital ou le patient lui-même faire les premières démarches d'inclusion au sein de l'ERET. Ce dernier fonctionnement permet ainsi l'inclusion de patients motivés, qui en tireront le meilleur bénéfice. Troisièmement, une des praticiennes regrette le manque de proximité et de mise à disposition de ces équipes sur le terrain, gênant fortement leur coopération avec les médecins mais également les patients. Enfin, un des médecins est totalement opposé à ce dispositif, qu'il juge coûteux et inutile. Il semble donc qu'une meilleure communication entre l'ERET et les généralistes, ainsi qu'une meilleure compréhension des bénéfices apportés au patient pourraient favoriser l'utilisation de cet outil par les médecins.

La coopération avec l'hôpital, qui est pourtant essentielle pour le médecin généraliste, pose régulièrement problème au cours des entretiens réalisés. La transition entre l'hospitalisation et le domicile au décours d'une décompensation d'insuffisance cardiaque est une situation instable, les modifications thérapeutiques opérées à l'hôpital étant parfois incompatibles avec les changements d'environnement et d'activité. Le risque de chute est souvent craint dans ce contexte. Cette transition est d'autant plus complexe à gérer pour le généraliste que la communication est faible, en particulier en ce qui concerne la conciliation médicamenteuse. En effet, les modifications thérapeutiques effectuées à l'hôpital peuvent avoir plusieurs origines : le traitement de la pathologie, la disponibilité hospitalière des médicaments et les habitudes de prescription par les praticiens hospitaliers. S'il ne connaît pas les raisons des modifications thérapeutiques, comment le généraliste peut-il prendre le relai en cas d'effets indésirables ou d'incompatibilité du traitement avec le maintien à domicile ? Cette problématique est fréquemment évoquée par les généralistes de l'échantillon. La communication entre le médecin de ville et le médecin hospitalier est donc un des points à améliorer, mais les changements d'interlocuteurs hospitaliers ou la méconnaissance des patients par ces derniers gênent la coopération. Les généralistes souhaitent donc une meilleure prise en compte de leurs difficultés par les soignants hospitaliers, par le biais d'une transmission plus rapide et plus claire des informations essentielles en sortie d'hospitalisation.

Un des médecins déplore l'absence de mise à disposition de l'hôpital et des réseaux d'éducation thérapeutique pour les patients, et dans une moindre mesure, pour les médecins généralistes. Une meilleure prise en compte des contraintes et difficultés de chacun permettrait une meilleure coopération selon elle. Elle regrette également leur manque de proximité et d'accessibilité, qui gêne, par exemple, l'adhésion de certains patients à l'ERET.

Elle tente d'expliquer ces défauts de coopération par une forme d'individualisme général, induisant un manque d'intérêt pour le travail des autres professionnels de santé, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, chacun ayant « la tête dans le guidon ». Ainsi, elle met partiellement en cause le comportement des médecins libéraux dans ces obstacles à la coopération, contrastant avec l'empathie et la confraternité présentées comme des valeurs par certains généralistes.

### 3) Difficultés de coopération avec les cardiologues

Le manque de cardiologue est mentionné par presque tous les médecins interrogés. Plusieurs médecins en font même la difficulté principale dans la prise en charge de leurs patients insuffisants cardiaques. 3 médecins d'un même cabinet de ville n'évoquent pas cette problématique, mais admettent également avoir très peu de patients insuffisants cardiaques dans leur patientèle. La gêne

liée à la démographie des cardiologues peut donc être partiellement corrélée au type de patientèle suivie par les médecins.

4 médecins, situés dans des zones différentes du département, ont observé une dégradation de la démographie des cardiologues, hospitaliers comme libéraux. Ils font le lien entre cette baisse de démographie et l'allongement des délais de consultation ainsi que les difficultés d'accès au spécialiste. Un praticien insiste sur la répercussion de ce problème sur la qualité des soins donnés à ses patients insuffisants cardiaques : il doit prendre des initiatives thérapeutiques seul voire même « trier » les patients qu'il va adresser au spécialiste.

Les généralistes déplorent également une moins bonne connaissance des spécialistes exerçant à l'hôpital ou dans les centres de réadaptation cardiaque, du fait de changements réguliers d'interlocuteurs. La coopération est donc moins évidente pour les généralistes, par méfiance ou par méconnaissance des habitudes de travail.

De même, les spécialistes hospitaliers ne connaissent pas toujours les patients pour lesquels les avis sont demandés, parfois même en cas d'hospitalisation récente. Une généraliste considère alors que l'avis spécialisé par téléphone n'est pas pertinent et n'utilise donc pas cette option.

De plus, le rôle pédagogique des cardiologues, par le biais de courriers d'hospitalisation ou de discussion autour d'un cas clinique, est apprécié des généralistes. Cette transmission des connaissances, relativement courante auparavant, semble être de moins en moins réalisée, ce que regrettent 2 généralistes.

#### 4) Les réseaux de soignants de proximité comme alternative efficace

Pour faire bénéficier à leurs patients d'une prise en charge multidisciplinaire en palliant aux difficultés de coopération et au défaut démographique, les généralistes fonctionnent en réseaux de soignants de proximité.

Ils travaillent avec les interlocuteurs qu'ils connaissent, en qui ils ont confiance, et avec qui ils communiquent facilement. Ces interlocuteurs travaillent sur la même zone géographique et connaissent donc les spécificités du terrain. La mise à disposition des uns pour les autres est plus aisée, bénéfique pour le patient et source de satisfaction et de confort pour les soignants. Ce fonctionnement contraste avec les réseaux situés dans les centres éloignés, dont la disponibilité et la prise en compte des difficultés de terrain sont jugées moindres.

Les médecins apprécient ce système qu'ils jugent dynamique et réactif. Par exemple, le signe d'alerte observé par l'infirmier libéral permet une consultation et une prise en charge précoces d'une décompensation d'insuffisance cardiaque ; l'avis téléphonique du cardiologue est plus aisément sollicité lorsque celui-ci est bien connu du généraliste ; une hospitalisation directe dans le service de cardiologie est plus facile à obtenir lorsque le généraliste est habitué à travailler avec cette équipe ; etc.

Ils doivent donc se créer un « carnet d'adresses », correspondant à leur propre réseau multidisciplinaire, et modelé par la démographie médicale et paramédicale. Ce réseau de soignants de proximité leur permet d'assurer au mieux la qualité de prise en charge de leurs patients insuffisants cardiaques, en l'adaptant à la réalité de terrain.

La mise en place d'un numéro de téléphone dédié aux médecins généralistes, pour joindre les cardiologues exerçant en proximité (comme déjà présent dans une ville ornaise), semble être une

idée intéressante pour faciliter l'accès à un avis spécialisé, lorsqu'une consultation n'est pas nécessaire. Ce système permet de créer un lien privilégié entre généralistes et cardiologues d'une même localité, ajoutant un outil pertinent au réseau de proximité.

Enfin, les réseaux de soignants de proximité ont également un objectif de formation continue : dans cette optique se créent, de manière formelle ou informelle, des réseaux entre généralistes. Les cardiologues de proximité participent aussi à cette actualisation des connaissances. En effet, la prise en charge commune d'un patient insuffisant cardiaque permet au spécialiste de transmettre concrètement les recommandations et leur évolution au médecin généraliste.



## DISCUSSION

### I. Rappel de la question de recherche et principaux résultats

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ornaïens concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ?

Les principaux résultats mis en avant par les entretiens réalisés sont :

- Liés au médecin : manque de formation à l'ETP, défaut de transmission des informations au patient, utilisation variable des recommandations
- Liés aux patients : problème d'observance aux règles hygiéno-diététiques, fréquence des comorbidités et âge avancé
- Liés au contexte : difficultés de communication avec l'hôpital, difficultés d'accès au cardiologue, manque de temps des généralistes.

### II. Forces et faiblesses de ce travail

#### 1) Forces

Les entretiens réalisés ont été relativement longs. La parole des médecins étant plus aisée au fur et à mesure de l'entretien, cela a permis aux généralistes d'exprimer plus en détail et plus librement les différents obstacles rencontrés et les difficultés ressenties dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Beaud S. et Weber F. affirment dans leur « Guide de l'enquête de terrain » que « Grâce à cette durée vous pouvez explorer différentes pistes et abaisser progressivement le niveau de censure de l'interviewé » [73]. Les entretiens sont riches d'informations, expliquant les nombreux résultats présentés dans ce travail.

L'échantillon des médecins interrogés est diversifié sur les critères tels que l'âge, le sexe, le mode d'exercice (urbain ou rural, seul ou en groupe), et la distance par rapport à un cardiologue.

#### 2) Faiblesses

La limitation géographique au département de l'Orne a pu induire des réponses différentes quant à l'accès aux spécialistes, du fait de possibles variations démographiques d'un département à l'autre. La répartition des entretiens sur le territoire de l'Orne est inégale, entraînant le même biais.

Le faible échantillon de ce travail rend impossible une analyse plus précise selon les différents critères définis dans la méthodologie.

De nombreux généralistes (14 au total) ont refusé de réaliser l'entretien, fréquemment en raison de la longueur prévisible des entretiens et le manque de temps. Ces refus ont été plus nombreux durant la période hivernale, où l'épidémie de grippe a souvent été évoquée par les généralistes. Ces refus ont pu induire un biais de sélection des médecins de l'échantillon.

Il existe également un possible biais de déclaration, inhérent au type d'enquête réalisé. Ces biais ont pu être volontaires (montrer ses points forts plutôt que ses points faibles), ou involontaires (difficultés à se souvenir d'une situation, omission, mauvaise compréhension de la question). En tant qu'enquêteur, je connaissais 3 praticiens interrogés, ce qui a pu influencer leurs réponses. En outre, les entretiens 12 et 13 ont été réalisés en présence de ces 2 praticiens, pouvant induire un effet de groupe par influence réciproque.

Ma méconnaissance du travail d'enquêteur a été une faiblesse dans ce travail. N'ayant pas d'expérience de ce rôle, j'ai pu manquer de pertinence sur certaines questions et omettre de demander des précisions sur certains points intéressants. J'ai pu également, par mon attitude ou ma manière de poser les questions, influencer involontairement les réponses des interviewés.

L'analyse thématique a été réalisée par une personne seulement. Il n'y a donc pas eu de triangulation des données pour limiter le biais d'interprétation, mais uniquement une validation de la technique d'analyse par ma directrice de thèse [73].

### **III. Comparaison avec la bibliographie**

#### 1) La remise en question comme moteur de modification des pratiques

##### A. L'insuffisante transmission des connaissances

Dans ce travail, l'interrogatoire faisait parfois prendre conscience aux médecins la transmission insuffisante des connaissances à leurs patients, qu'elle concerne l'annonce diagnostique, l'information sur les médicaments ou l'éducation aux règles d'hygiènes diététiques. Seulement deux généralistes avaient des patients connaissant le rôle des traitements de l'insuffisance cardiaque, et cela ne concernait que les diurétiques. Les médecins informent leurs patients de l'éviction nécessaire des AINS mais n'insistent pas sur le risque de ces molécules lorsque leurs patients souffrent de pathologies rhumatismales invalidantes, car ils priorisent la qualité de vie et le traitement de la douleur. Ces constats sont en partie corroborés par l'étude de l'ARS et de l'URML réalisée en Basse-Normandie en 2013-2014. Cette étude, associant une phase quantitative et 2 phases qualitatives, interrogeait les médecins sur leur pratique concernant la prise de charge de l'insuffisance cardiaque et des coronaropathies. « Trois thèmes étaient particulièrement peu abordés, pour l'insuffisance cardiaque comme pour les maladies coronariennes : les risques de l'automédication, les bénéfices des traitements non pharmacologiques, les traitements prescrits et médicaments interdits » [9]. En effet, l'incompréhension ou la méconnaissance des objectifs des traitements non pharmacologiques par les patients apparaît dans plusieurs entretiens. Une sensibilisation des généralistes sur l'importance de la transmission des connaissances, par eux-mêmes ou par des équipes d'ETP pourrait améliorer cet aspect de la prise en charge.

##### B. Une conscience de leur manque de formation à l'ETP

Certains médecins se sont interrogés : réalisent-ils réellement une éducation thérapeutique des patients ? Sont-ils suffisamment formés ? Il faut alors reprendre la définition officielle de l'ETP. Selon l'OMS, « L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. [...] L'éducation thérapeutique du patient doit être

réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient, et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie » [74]. D'après Yves Juillièrre, cardiologue cofondateur du programme I-CARE, « pour le soignant, l'ETP est souvent confondue avec l'empathie ou avec une simple information » [20]. Une réelle éducation thérapeutique est donc différente de la simple information telle qu'elle est délivrée par les généralistes, et l'on perçoit à travers les entretiens la faible capacité d'autogestion de la maladie par les patients. Au-delà de l'information, c'est donc l'autonomisation du patient par la pratique de l'ETP qui semble importante.

Il faut donc que les médecins se forment à l'ETP, ou bien adressent leurs patients à des équipes dédiées et formées. Toujours selon Yves Juillièrre « on estime que seuls 5 % des patients insuffisants cardiaques bénéficient d'une ETP, et ce en raison du faible nombre de centres mettant en œuvre des programmes d'ETP dans l'insuffisance cardiaque, en dehors des centres de réadaptation » [20]. La faible coopération des généralistes interviewés avec les centres de rééducation cardiaque renforce donc négativement cette tendance. Au vu des résultats de ce travail, il semble qu'une sensibilisation des généralistes à la pratique de l'ETP par l'ERET pour l'insuffisance cardiaque pourrait améliorer le taux d'éducation des patients.

## 2) Recommandations générales comme point de départ à une prise en charge individuelle

### A. Point de vue des généralistes sur les recommandations

Les recommandations ont peu d'influence directe sur la prescription des traitements de l'insuffisance cardiaque par les généralistes interrogés. Ceux-ci s'appuient majoritairement sur le cardiologue pour les guider, plutôt que sur les références des sociétés savantes. Ce résultat est similaire à celui d'une thèse d'exercice de médecine générale réalisée par questionnaire auprès de 50 médecins généralistes du Val de Marne en 2008 [75].

Bien qu'ils sachent que la pratique des cardiologues s'appuie sur ces recommandations, ils sont critiques voire méfiants vis-à-vis de ces références. La différence de stratégie médicamenteuse qui existe entre les recommandations de l'ESC 2016 et de l'HAS 2014 concernant l'Entresto justifie en partie l'attitude des généralistes [10] [11]. En effet, un généraliste interrogé souligne que l'Entresto prescrit par le cardiologue pour un de ses patients ne figure pas dans les recommandations de l'HAS 2014. Cette incohérence déstabilise deux généralistes de l'échantillon. Quelle recommandation doit-on alors suivre ? Qu'en est-il de la crédibilité de ces recommandations ? Les généralistes préfèrent alors s'en remettre au cardiologue.

Ils s'interrogent également sur l'applicabilité des recommandations en médecine générale, du fait de populations différentes entre les essais cliniques et les études épidémiologiques dans l'insuffisance cardiaque. Deux médecins pensent que les recommandations sont applicables à l'hôpital mais pas en ville. Une revue de la littérature par Niederseer et al. montre que la population incluse dans les études de mortalité différait significativement de celle des études épidémiologiques par la distribution du genre, des comorbidités (diabète et HTA), de l'âge, de l'étiologie de l'insuffisance cardiaque, de la FEVG, de la NYHA, et de l'IMC [76]. De même, Masoudi et al. ont appliqué les critères d'exclusion et d'inclusion des 3 principaux essais thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque chronique (SOLVD, MERIT-HF et RALES) à 20388 patients représentatifs aux USA : seulement 18%,

13% et 25% avaient les critères d'inclusions nécessaires, respectivement. La plupart des essais excluent les patients ayant des comorbidités importantes (diabète, BPCO, insuffisance rénale), qui sont pourtant courantes en population générale, ce qui rend l'extrapolation des résultats impossible pour ces groupes de patients [77].

## B. Les facteurs influençant la prescription médicamenteuse

Les médecins ont décrit de nombreux facteurs liés aux patients qui modifient la stratégie de prise en charge médicamenteuse : l'âge, l'institutionnalisation, les comorbidités et la polyopathie, et enfin les effets secondaires (hypotension). Les travaux étudiant les causes d'une sous-prescription des IEC sont les plus nombreux dans la bibliographie. Bien que la prescription des IEC ne soit pas problématique pour les généralistes interrogés, les facteurs déterminant leur prescription médicamenteuse sont analogues à ceux observés dans la bibliographie.

L'étude de Philbin EF., réalisée en 1995 à partir de la base de donnée d'une étude épidémiologique (MISCHF), a montré que les déterminants significativement associés à la prescription des IEC étaient les suivants : patients jeunes, masculins, ayant peu de comorbidités, ne vivant pas en EHPAD, sans altération de la fonction rénale, avec cardiomégalie et moins bonne FEVG [78]. Toujours concernant les IEC, Kasje et al. ont réalisé en 2005 des entretiens auprès de généralistes néerlandais, avec analyse d'un échantillon de dossiers médicaux. Ils trouvaient un taux de prescription significativement moindre après 85 ans (32.8% contre 44.9% dans la population totale de l'échantillon de patients). Les patients non adressés au cardiologue recevaient significativement moins d'IEC ( $p < 0.02$ ) [79]. En 2001, une étude anglaise conduite par Hickling JA et al. retrouvait comme principal frein à la prescription la peur des effets indésirables des IEC [80]. A l'instar de ce travail, on retrouve l'idée d'une prise en charge plus rigoureuse pour les patients jeunes et ne vivant pas en EHPAD. Les patients vivant en EHPAD étant plus âgés et moins souvent adressés aux cardiologues, il semble y avoir une intrication de facteurs diminuant la prescription dans cette population. On observe, comme dans les entretiens, l'influence du risque iatrogène (effets secondaires), et l'impact de la fonction rénale dans la stratégie médicamenteuse.

Malgré certaines concordances avec les études précédentes, les IEC ne sont pas les traitements les plus compliqués à manipuler par les généralistes de l'échantillon : les bêtabloquants le sont beaucoup plus. Les difficultés sont liées principalement aux contre-indications et effets secondaires de cette classe thérapeutique. La thèse de Boulard JF. fait le même constat : la peur de l'utilisation des bêtabloquants est liée à un monitoring difficile et à l'absence fréquente d'un ECG au cabinet [75]. Une étude française réalisée entre 2014 et 2015 a suivi un échantillon de patients en sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, et questionné les médecins généralistes sur la suite de prise en charge à 2 mois de la sortie de l'hôpital. Sur les 49 patients, aucun généraliste n'avait modifié la posologie des traitements de fond. Beaucoup de généralistes ont exprimé des difficultés à adapter les bêtabloquants par crainte des effets secondaires (59 %, n= 24) [81].

Il est intéressant de noter que les difficultés de prescription et les facteurs influents retrouvés dans la bibliographie sont comparables à ceux de ce travail, malgré l'ancienneté de certaines études et leur diversité géographique. Un meilleur accès au spécialiste pour les patients âgés permettrait une amélioration de leur prise en charge médicamenteuse, qui doit malgré tout s'adapter à leurs spécificités et risques (perte d'autonomie, chutes...). Il faut donc que les généralistes changent leurs habitudes en adressant plus régulièrement les patients âgés au cardiologue.

### C. Prescription des AINS

La prescription des AINS et corticoïdes pour les comorbidités rhumatologiques douloureuses des patients insuffisants cardiaques est fréquente parmi les généralistes interviewés. Pourtant, aucune étude épidémiologique évaluant la proportion de ce problème n'a été retrouvée pour la bibliographie de ce travail. On sait pourtant que la prescription d'AINS dans ce contexte multiplie environ par deux le risque de décompensation de l'insuffisance cardiaque [82]. Une généraliste interviewée avait vu, le jour même de l'entretien, une patiente en décompensation cardiaque suite à la prise d'AINS. Les pratiques des généralistes sont inhomogènes au sujet de l'utilisation des AINS et corticoïdes. L'Agence Européenne du Médicament s'est appuyée sur une méta-analyse publiée en 2013 pour mettre à jour les recommandations et conseils d'utilisation de cette classe thérapeutique [82]. Elle conseille d'éviter « les fortes doses d'ibuprofène [...] chez les patients avec une hypertension artérielle non contrôlée, une insuffisance cardiaque congestive (stades II-III de la classification de la NYHA) » et insiste sur le fait que l'AINS « ne doit être instauré par le médecin qu'après une évaluation attentive chez les patients présentant des facteurs de risque d'événements cardiovasculaires ». Cependant, ces recommandations ne répondent pas aux problématiques concrètes rencontrées par les généralistes : comment soulager efficacement un patient ayant des pathologies rhumatismales douloureuses et invalidantes ? Comment réaliser concrètement une «évaluation attentive » du risque cardio-vasculaire pour la prescription des AINS ? Une étude épidémiologique plus approfondie de ce problème, amenant des consignes plus précises quant à la conduite à tenir, serait profitable au médecin comme au patient.

### D. Problème de l'observance

Le problème de l'observance aux règles d'hygiènes diététiques est avancé par tous les interviewés et gêne le suivi des recommandations par le médecin. La thèse de Boulard JF. fait le même constat : 54% des médecins qu'il a questionnés rencontrent fréquemment des problèmes d'observance (importance sous-estimée des règles hygiéno-diététiques, impact des conditions socio-économiques...) [75]. La revue de la littérature réalisée en 2005 par Van der Wal et al. retrouve une compliance au régime hyposodé variant de 50 à 88% selon les études (en fonction de la définition de l'observance et de sa méthode d'évaluation), mais une observance au traitement médicamenteux constante, de l'ordre de 70%. Dans cette revue, toutes les interventions de type conseil ou éducation, par un infirmier ou plusieurs intervenants, amenaient à améliorer la compliance globale des patients insuffisants cardiaques [83].

Les facteurs de risque modifiables sont aussi fréquents selon les généralistes ornaïens. Cette fréquence est confirmée par l'étude de l'URML de 2014 : sur les 40 patients décrits par les médecins de l'échantillon, 34 patients présentaient au moins un des facteurs de risque principaux (tabac, HTA, diabète, dyslipidémie) et certains en cumulaient plusieurs. A l'échelle régionale, selon les résultats du Baromètre santé 2010, un tiers des Bas-Normands âgés de 15-75 ans fument quotidiennement (moins de 30 % au plan national) [9]. Les conseils donnés et les prises en charges proposées par les généralistes pour modifier ces facteurs se soldent souvent par un échec, alors que leur prévention et leur traitement sont essentiels dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

Comment faire adhérer le patient à la prise en charge de ses facteurs de risque ? Comment lui faire comprendre l'importance du respect des règles hygiéno-diététiques et de l'observance au traitement ? Le problème de la compliance peut être mis en relation avec les défauts d'éducation thérapeutique des patients par les généralistes, comme décrit plus haut. La réponse à cette problématique est donc liée à une meilleure compréhension des enjeux par le patient, et à la création d'une alliance thérapeutique plutôt qu'une transmission simple de l'information. A noter aussi qu'une formation

des auxiliaires de vie aux règles hygiéno-diététiques serait intéressante pour l'observance des patients les moins autonomes à domicile, puisque ces professionnels sont largement concernés par ce problème.

### 3) Contrainte du temps et conséquences sur la qualité des soins

#### A. Pour la transmission des connaissances et l'ETP

Le temps est un facteur majeur impactant la pratique des généralistes et la qualité de leurs soins. Le manque de temps est décrit par la plupart des médecins de ce travail, et affecte en particulier la transmission d'informations et l'éducation thérapeutique. Dans sa thèse, Boulard JF. soulève le même problème [75]. En effet, il faut du temps pour réaliser toutes les étapes de l'ETP : évaluer les connaissances et objectifs du patient pour élaborer le diagnostic éducatif, définir le programme d'ETP personnalisé, réaliser les séances éducatives avec les autres professions de santé si nécessaire, et enfin estimer les compétences acquises par le patient à la fin du programme. On comprend aisément qu'un temps limité ne permet pas au médecin généraliste seul de réaliser toutes ces actions, même lorsqu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une ETP. Pourtant l'ETP a prouvé une diminution des réhospitalisations pour décompensation d'insuffisance cardiaque. En France, en 2013, la cohorte ODIN a aussi étudié l'impact du programme d'ETP I-CARE sur la mortalité. Elle a suivi 3237 patients, et a montré une mortalité toutes causes de 17,3 % dans le groupe ETP versus 31,0 % dans le groupe sans ETP ([HR]: 0,70 [IC 95 % : 0,58–0,84] ;  $p < 0,001$ ) [20].

Qu'elle soit liée au nombre de réhospitalisations pour décompensation cardiaque ou à la mortalité, la pratique d'une ETP a montré son importance dans une prise en charge de qualité. Le manque de temps pour pratiquer l'ETP et a fortiori pour s'y former impacte obligatoirement la qualité des soins. Il est donc important que les médecins délèguent cet aspect de la prise en charge à des équipes dédiées, notamment l'ERET, comme proposé dans le travail de l'URML [9].

#### B. Pour la prescription médicamenteuse et sa surveillance

Dans une moindre mesure, la contrainte du temps altère la qualité de la prescription médicamenteuse. L'initiation d'un traitement par IEC demande au généraliste une surveillance clinique et biologique plus rapprochée, et parfois une coordination avec l'IDE libérale. Ainsi, l'étude de Khunti et al. menée en 2002 en Angleterre a mis en avant la peur d'une augmentation de la charge de travail comme facteur influençant l'initiation des IEC [84]. Dans cette même étude, les médecins généralistes adressaient leurs patients aux spécialistes lorsque les diurétiques devenaient insuffisants. Il n'apparaît pas dans notre travail de relation directe entre manque de temps et absence d'initiation médicamenteuse, car les médecins de l'échantillon prennent le temps nécessaire à un traitement médicamenteux adapté et à sa surveillance. Ils connaissent l'effet bénéfique des IEC dans l'insuffisance cardiaque et peuvent les initier eux-mêmes, prenant plus de temps pour surveiller et informer les autres professionnels de santé. En revanche, la prise en charge d'une insuffisance cardiaque décompensée pose parfois problème. Une généraliste interrogée admet ne pas avoir le temps de gérer seule la surveillance clinique et biologique d'un patient insuffisant cardiaque en décompensation. Ce manque de temps influence sa décision d'hospitalisation dans cette situation. Selon les résultats de l'étude de l'URML sur l'insuffisance cardiaque en Basse-Normandie, « la région présente un taux de recours hospitalier nettement supérieur à celui observé en France » [9]. On peut supposer que le manque de temps participe à ce phénomène.

Ainsi, même s'ils prennent le temps de prescrire les traitements de l'insuffisance cardiaque et en assurer la surveillance en situation stable, le manque de temps les empêche parfois de réaliser la même chose en cas d'insuffisance cardiaque décompensée, et induit parfois des hospitalisations.

### C. La démographie des médecins généralistes en Basse-Normandie

Selon l'URML, la densité des médecins généralistes en Basse-Normandie est inférieure à la moyenne française, pour une prévalence de l'insuffisance cardiaque équivalente [9]. La problématique du temps étant liée à la charge de travail, la démographie médicale a obligatoirement un retentissement sur la pratique des généralistes. Si l'on reprend les données du paragraphe précédent, on peut penser que la démographie médicale défavorable en Basse-Normandie diminue le temps et la disponibilité des généralistes, et impacte partiellement le taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque.

### 4) Difficultés de la prise en charge multidisciplinaire

Les difficultés de la prise en charge multidisciplinaire sont dominées par les défauts de communication entre les médecins généralistes libéraux et les médecins hospitaliers, ainsi que par l'accessibilité au cardiologue. Ce dernier problème est le plus évoqué par les généralistes, et celui qui conditionne le plus la qualité de la prise en charge pour certains d'entre eux.

#### A. Difficultés de communication avec l'hôpital

D'après les médecins interviewés, les difficultés de communication avec l'hôpital sont principalement liées à la conciliation médicamenteuse au décours d'une hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque. Les généralistes regrettent le délai d'accès aux informations liées à l'hospitalisation mais déplorent également la qualité de l'information transmise. En effet, comment prendre en charge un patient de manière optimale si l'on ne connaît pas les indications des changements thérapeutiques ? Comment prendre le relai de l'hôpital si l'on ne sait pas ce qui a été fait auparavant ?

Ce défaut de communication a un impact sur la prise en charge médicamenteuse post-hospitalisation. Une étude réalisée au Royaume-Uni en 1995 montrait déjà que le taux de prescription des IEC était en partie altéré par un manque de communication ville-hôpital : 83% des médecins interrogés dans l'étude avaient reçu leurs patients en consultation avant d'avoir les informations de l'hôpital, et 83% voulaient avoir les explications sur les changements thérapeutiques opérés à l'hôpital [85]. L'étude de Msadek en 2014, interrogeant les médecins traitants de 49 patients à 2 mois d'une hospitalisation montrait qu'aucun généraliste n'avait modifié et optimisé les posologies des traitements de fond de l'insuffisance cardiaque. Les raisons invoquées étaient les suivantes : l'absence de consultation des patients (44 %, n = 21), la bonne tolérance (44 %, n= 21), l'absence d'habitude des médecins (25 %,n= 12) et l'attribution de ce rôle au cardiologue (42 %,n= 20). Les généralistes ont principalement exprimé des difficultés à adapter les bêtabloquants par crainte des effets secondaires (59 %,n= 24) [81]. Comme le regrettent deux généralistes de l'échantillon, les comptes-rendus d'hospitalisations ne servent plus de mode de transmission de la conduite à tenir, ni de mode de mise à jour des connaissances, comme cela était habituel auparavant. Il est probable qu'un rappel des bénéfices des traitements à dose maximale et qu'une conduite à tenir donnée dans les comptes-rendus d'hospitalisations favorisent la prescription

optimale par les généralistes, en relai des médecins hospitaliers. Cela permettrait dans le même temps d'assurer la qualité des soins, de conforter le généraliste dans sa pratique et de mettre à jour ses connaissances.

La récupération des informations par le généraliste en sortie d'hospitalisation est chronophage, comme l'affirme un généraliste de l'échantillon. Un accès rapide au compte-rendu d'hospitalisation lui permettrait de gagner du temps, lui laissant plus de possibilités pour pratiquer l'éducation de son patient, et pour limiter ainsi les récives de décompensation d'insuffisance cardiaque.

### B. Accès au cardiologue et démographie en Basse-Normandie

L'accès à une consultation de cardiologie était un des principaux problèmes rencontrés par les généralistes interrogés. Les délais de consultation qu'ils déplorent sont parfois de l'ordre de 6 à 9 mois. Etant donné la place importante du spécialiste dans la prise en charge, et l'appui précieux qu'il représente pour les généralistes, cet accès conditionne la qualité des soins pour le patient et le confort d'exercice pour le généraliste. Selon l'URML, « dans un tiers des cas, le délai était de 1 à 2 mois. Il est moins long dans le département du Calvados. Ce délai a été mis en regard de la densité de cardiologues libéraux ou mixtes dans la région. » [9]. Cette étude étant régionale, il est probable que la densité des cardiologues soit différente dans le Calvados, et modifie les délais d'accès au spécialiste.

La démographie des cardiologues est trop faible selon les généralistes de l'échantillon, et leur nombre semble diminuer d'après les médecins ayant le plus d'expérience. L'étude de l'URML confirme ces problèmes démographiques : « concernant les cardiologues libéraux ou mixtes, la Basse-Normandie est également peu dotée avec moins de professionnels installés. Ces derniers sont également concentrés sur certains territoires comme beaucoup de spécialistes, rendant ainsi les distances d'accès importantes pour une part élevée de la population bas-normande » [9]. En effet, la densité des spécialistes n'est pas homogène sur le territoire. Le Conseil de l'Ordre du département de l'Orne dénombrait 15 cardiologues sur le département en août 2017 : 5 cardiologues sur le secteur d'Alençon, 3 dans le secteur d'Argentan, 2 à l'Aigle, 4 cardiologues sur le secteur de Flers et 1 à Bagnoles de l'Orne (Annexe 4). L'ouest du département est donc moins bien doté que le centre. Dans notre échantillon, 4 médecins généralistes sur les 5 adressant leurs patients à Flers avaient des difficultés d'accès aux cardiologues. Dans le secteur Argentan-Alençon, seulement 3 sur les 6 généralistes avaient ce problème. Il faut souligner cependant que les 3 généralistes n'ayant pas cette difficulté admettent également suivre très peu de patients insuffisants cardiaques. La taille de notre échantillon et la méthodologie de notre étude ne permettent pas de conclure sur ce sujet.

Pour tenter de pallier à cette difficulté, les cardiologues d'un secteur ornaïen coopèrent avec les généralistes par le biais d'un numéro de téléphone dédié à ces derniers. L'accès à un avis spécialisé par téléphone est donc facilité, et semble les satisfaire. Ce fonctionnement pourrait améliorer partiellement la pratique quotidienne des généralistes dans les secteurs en difficulté, sans demander un temps excessif au cardiologue.

Un rappel des recommandations et de la conduite à tenir dans les comptes-rendus de consultation spécialisée permettrait au généraliste d'optimiser seul l'adaptation médicamenteuse et le suivi de l'insuffisance cardiaque stable, prévenant ainsi le risque de décompensation et d'hospitalisation.



### C. Difficultés de communication avec l'ERET

Les difficultés de communication avec l'ERET sont flagrantes dans ce travail : méconnaissance de l'ERET par les généralistes, méconnaissance de sa compétence pour l'insuffisance cardiaque chronique, manque de réflexe pour adresser les patients voire déception quant aux résultats à long terme.

L'impact de l'ETP sur le pronostic de l'insuffisance cardiaque et sur la qualité de vie est difficile à mesurer, les choix méthodologiques pouvant être multiples (critère de jugement qualitatif ? quantitatif ?). L'évaluation est d'autant plus complexe que les patients cumulent plusieurs pathologies chroniques. [86]. D'après Yves Juillière, démontrer un impact sur la mortalité nécessite également des études incluant plus de patient, plus difficiles à obtenir que pour des études pharmacologiques soutenues par les laboratoires pharmaceutiques [20]. En l'absence de données significatives, la réalisation de l'ETP par des équipes dédiées n'est pas suffisamment valorisée. Cela peut expliquer en partie la méconnaissance de l'ERET par les généralistes, ainsi que l'absence de réflexe pour y adresser leurs patients.

Pourtant, selon une publication récente de l'HAS sur l'efficacité de l'ETP dans les maladies chroniques, « des données de qualité modérée avec de petits effectifs de patients hétérogènes montrent qu'un programme d'autogestion relativement intensif [...] améliore significativement la connaissance de la gestion des symptômes, le comportement réel d'autogestion et la qualité de vie (instrument spécifique à la maladie cardiaque) immédiatement après le programme ». En revanche, comme l'observent certains généralistes de l'échantillon, aucun effet durable n'est observé à 6 et 12 mois du programme d'ETP [86].

Une amélioration des outils d'évaluation de l'ETP permettrait de confirmer sa place dans la stratégie de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, de faire connaître l'ERET et de valoriser son travail. Ainsi, l'on pourrait s'attendre à une plus grande collaboration entre les médecins généralistes et les réseaux d'ETP.

## CONCLUSION

L'insuffisance cardiaque chronique est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale. Sa prévalence et sa gravité en font un problème majeur de santé publique. Notre objectif était de déterminer les difficultés ressenties et obstacles rencontrés par les généralistes dans la prise en charge thérapeutique de cette pathologie.

Ce travail montre tout d'abord les difficultés de coopération qui existent entre les généralistes et leurs confrères spécialistes, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. Ces difficultés sont liées d'une part à la démographie des cardiologues, d'autre part à des erreurs de communication et d'information. La démographie des cardiologues est un problème souvent rapporté par les généralistes, et est accentué par leur répartition inégale dans le département de l'Orne. L'Orne manque de plateforme territoriale d'appui, rendant l'accès aux spécialistes difficile alors même que leur avis diagnostique et thérapeutique est essentiel dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Ainsi, le manque de disponibilité des spécialistes altère la communication. Cette communication est cependant nécessaire à la qualité d'exercice des généralistes, qui sont conscients de leurs limites et de l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire des maladies chroniques. Les défauts de communication avec les confrères hospitaliers sont particulièrement problématiques pour la conciliation médicamenteuse et la stratégie thérapeutique en sortie d'hospitalisation. C'est pourtant un point majeur de la prise en charge, le généraliste devant prendre le relais des soins hospitaliers.

La contrainte du temps est également complexe pour le généraliste. Le format d'une consultation est court pour assurer toutes les missions inhérentes à la prise en charge globale d'un patient. A ces missions s'ajoute une charge administrative importante, souvent perçue comme étant inutile et fastidieuse. Les généralistes sont conscients que ce manque de temps altère la qualité de leurs soins, notamment par une moindre information du patient. La transmission des connaissances aux patients n'est ni systématique, ni complète, mais largement simplifiée. Ils savent qu'ils ne réalisent pas une réelle éducation thérapeutique, par manque de temps et manque de formation, bien qu'elle ait montré son bénéfice sur la morbi-mortalité et le taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque. Le manque de temps impacte également la décision d'hospitalisation en cas de décompensation d'insuffisance cardiaque, cette situation demandant un suivi plus rapproché, parfois impossible à fournir.

Par ailleurs, la prise en charge non médicamenteuse n'est pas conforme aux recommandations. L'éducation thérapeutique n'est quasiment pas prescrite, et peu déléguée aux équipes dédiées. Les médecins ont peu ce réflexe et connaissent mal les équipes de proximité compétentes dans ce domaine. Ils ne sont pas formés à l'éducation thérapeutique, et ont peu de temps pour transmettre leurs connaissances aux patients. Ils sont conscients de ces carences et prêts à se remettre en question. Les problèmes d'observance auxquels ils sont confrontés pourraient bénéficier de l'éducation car elles concernent principalement les règles d'hygiène diététique, la modification des facteurs de risque ou l'automédication par AINS. Insuffisamment formés, les médecins sont désarmés face à cette inobservance. La qualité de la prise en charge s'en trouve alors influencée, puisque cet aspect est essentiel à la prévention des décompensations d'insuffisance cardiaque.

Les axes d'amélioration issus de ce travail sont donc de deux ordres : améliorer la communication entre les professionnels de santé et promouvoir la prévention des décompensations par l'éducation thérapeutique de chaque patient et de son entourage. La transmission des informations et de la conduite à tenir par le biais des comptes-rendus du spécialiste permet au médecin généraliste d'optimiser le traitement et de se rassurer quant à la qualité de ses soins. Le temps gagné par l'accès

facile aux informations permet au généraliste d'améliorer l'éducation du patient à sa maladie. Le recours à l'ERET permet une éducation thérapeutique adaptée et améliore l'observance. De plus, la formation des auxiliaires de vie au régime hyposodé renforcerait cette observance. Le développement de la télémédecine est une piste à envisager pour les patients les plus autonomes, bien que peu évoquée dans ce travail. Ainsi, la prévention des décompensations d'insuffisance cardiaque serait transformée, permettant de limiter les hospitalisations et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Il reste à trouver les moyens de sensibiliser et de former les généralistes à l'éducation thérapeutique, et de diffuser les coordonnées des équipes la pratiquant. Il faut également rappeler aux cardiologues leur rôle majeur dans la stratégie médicamenteuse et la nécessité de sa transmission aux généralistes.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] DREES. L'état de santé de la population en France. suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. 296-299.
- [2] Saudubray T, Saudubray C, Viboud C, Jondeau G, Valleron AJ, Flahault A, et al. Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France : enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau sentinelles. Rev Med interne 2005 (in press).
- [3] Merlière J, Couvreur C, Smadja L, Jolivet A (CNAMT). Caractéristiques et trajets de soins des insuffisants cardiaques du régime général. Points de repère, revue de l'assurance maladie n°38. 2012.
- [4] Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12457785>
- [5] Juillière Y, Suty-Selton C, Riant E, Darracq J-P, Dellinger A, Labarre J-P, et al. Prescription of cardiovascular drugs in the French ODIN cohort of heart failure patients according to age and type of chronic heart failure. Archives of Cardiovascular Diseases. janv 2014;107(1):21-32.
- [6] Tuppin P, Cuerq A, De Peretti C, et al. Devenir à deux ans après une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque : une étude observationnelle nationale. Archives of Cardiovascular Diseases. 2014 mar;107(3) :158-168.
- [7] Gabet A, Lamarche-Vadel A, Chin F, Juillière Y, de Peretti C, Olié V. Mortalité due à l'insuffisance cardiaque en France, évolutions 2000-2010. Bull épidémiol Hebd. 2014;(21-22):386-94
- [8] Pousset F, Isnard R, Komajda M. L'insuffisance cardiaque : problème de santé publique. La revue de médecine interne. 2005 nov ;26 (2005):843-844.
- [9] URML Basse-normandie, Novartis, Université de Caen, ORS. Étude relative à la prise en charge des maladies coronariennes et des insuffisances cardiaques en Basse-Normandie en médecine générale. 2015
- [10] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal. 14 juill 2016;37(27):2129-200.
- [11] Haute Autorité de Santé - Insuffisance cardiaque - Parcours de soins [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1505207/fr/insuffisance-cardiaque-parcours-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505207/fr/insuffisance-cardiaque-parcours-de-soins)
- [12] Mann DL. Mechanisms and Models in Heart Failure: The Biomechanical Model and Beyond. Circulation. 31 mai 2005;111(21):2837-49.
- [13] Université Médicale Virtuelle Francophone. Item 250 : insuffisance cardiaque de l'adulte. [http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio\\_250/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_250/site/html/cours.pdf)

- [14] Laflamme D. Précis de cardiologie cardiomedik. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Frison-Roche, 2014.
- [15] de Gevigney G, et al. Données physiopathologiques et implications thérapeutiques au cours de l'insuffisance cardiaque gauche. La revue de médecine interne. 2005 aout ; 26 (2005) 874–884.
- [16] Arnoult F, Phan G, Detaint D et al. Théorie hormonale de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée. La Revue de médecine interne. 2010 sept ; 31 (2010) : 721–725.
- [17] Lacour B, Belon JP. Physiologie humaine. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016.
- [18] Triposkiadis F, Karayannis G, Giamouzis G, Skoularigis J, Louridas G, Butler J. The Sympathetic Nervous System in Heart Failure. Journal of the American College of Cardiology. nov 2009;54(19):1747-62.
- [19] Mentz RJ, Kelly JP, von Lueder TG, Voors AA, Lam CSP, Cowie MR, et al. Noncardiac Comorbidities in Heart Failure With Reduced Versus Preserved Ejection Fraction. Journal of the American College of Cardiology. déc 2014;64(21):2281-93.
- [20] Jourdain P, Juillière Y, Hany S-A, Hrynchyshyn N, Desnos M. Éducation thérapeutique des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Médecine des Maladies Métaboliques. 2014;8(6):581–586.
- [21] Juillière Y, Trochu J-N, Jourdain P. Importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. janv 2006;55(1):11-6.
- [22] Juillière Y, Jourdain P, Suty-Selton C, Béard T, Berder V, Maître B, et al. Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: A propensity analysis. International Journal of Cardiology. sept 2013;168(1):388-95.
- [23] Juillière Y, Bosser G, Jourdain P. La nutrition dans l'insuffisance cardiaque. Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux-Pratique. 2013 mai ; 2013 (218) :26-31.
- [24] Coti Bertrand P, Guex E. Prise en charge nutritionnelle d'un patient atteint d'une insuffisance cardiaque. Nutrition Clinique et Métabolisme. févr 2014;28(1):59-63.
- [25] Cooper LB, Mentz RJ, Sun J-L, Schulte PJ, Fleg JL, Cooper LS, et al. Psychosocial Factors, Exercise Adherence, and Outcomes in Heart Failure Patients Insights From Heart Failure: A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training (HF-ACTION). Circulation: Heart Failure. 2015;8(6):1044–1051.
- [26] Gislason GH, Rasmussen JN, Abildstrom SZ, et al. INcreased mortality and cardiovascular morbidity associated with use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in chronic heart failure. Arch Intern Med. 26 janv 2009;169(2):141-9.
- [27] The CONSENSUS trial study group. Effect of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. N Engl J Med. 1987; 316 (23): 1429-1435.
- [28] The SOLVD investigators. Effect of Enalapril on Mortality and the Development of Heart Failure in Asymptomatic Patients with Reduced Left Ventricular Ejection Fractions. N Engl J Med 1992; 327:685-691.
- [29] The SOLVD investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular

ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med.* 1991; 325 (5):293-302.

[30] CIBIS Investigators and Committees. The cardiac insufficiency bisoprolol study II (CIBIS-II): a randomised trial. *The Lancet.* 1999;353(9146):9–13.

[31] Group M-HS, others. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: metoprolol CR/XL randomised intervention trial in-congestive heart failure (MERIT-HF). *The Lancet.* 1999;353(9169):2001–2007.

[32] VIDAL - CARDENSIEL 10 mg cp pellic séc – Pharmacodynamie. [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/cardensiel-3129-pharmacodynamie.htm>

[33] Flather MD. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). *European Heart Journal.* 1 déc 2004;26(3):215-25.

[34] Torp-Pedersen C, Poole-Wilson PA, Swedberg K, Cleland JGF, Di Lenarda A, Hanrath P, et al. Effects of metoprolol and carvedilol on cause-specific mortality and morbidity in patients with chronic heart failure—COMET. *American Heart Journal.* févr 2005;149(2):370-6.

[35] Pitt B, Zannad F, Remme W, others. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med.* 1999;341:709–717.

[36] Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *New England Journal of Medicine.* 2011;364(1):11–21.

[37] Cohn JN, Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *New England Journal of Medicine.* 2001;345 (23):1667–1675.

[38] Christopher B Granger, John J V McMurray, Salim Yusuf, Peter Held, Eric L Michelson, Bertil Olofsson, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial. *Lancet* 2003; 362: 772–776.

[39] McMurray, John JV et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *The Lancet* , Volume 362 , Issue 9386 , 767 – 771.

[40] Uretsky BF, Young JB, Shahidi FE, Yellen LG, Harrison MC, Jolly MK, et al. Randomized study assessing the effect of digoxin withdrawal in patients with mild to moderate chronic congestive heart failure: results of the PROVED trial. *Journal of the American College of Cardiology.* 1993;22(4):955–962.

[41] Packer M, Gheorghide M, Young JB et al. Withdrawal of Digoxin from Patients with Chronic Heart Failure Treated with Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors. *N Engl J Med* 1993; 329:1-7.

[42] Trial M, Group DI, others. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med.* 1997;336:525–33.

[43] Lang CC, Mancini DM. Non-cardiac comorbidities in chronic heart failure. *Heart.* juin 2007;93(6):665-71.

[44] Le Jemtel TH, Padeletti M, Jelic S. Diagnostic and Therapeutic Challenges in Patients With Coexistent Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*. janv 2007;49(2):171-80.

[45] Abdo A, Basu A, Geraci S. Managing Chronic Heart Failure Patient in Chronic Kidney Disease. *The American Journal of Medicine*. 2011 ; 124 (1) : 26-28.

[46] Yamauchi T, Sakata Y, Takada T, Nochioka K, Miura M, Tadaki S, et al. Prognostic Impact of Anemia in Patients With Chronic Heart Failure – With Special Reference to Clinical Background: Report From the CHART-2 Study –. *Circulation Journal*. 2015;79(9):1984-93.

[47] Nakagawa Y, Yasuno S, Kuwahara K. Differential Relationships Between Anemia and Outcome in Subgroups of Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation Journal*. 2015;79(9):1893-4.

[48] Clauser M, Altenberger J. Adipositas und kardiale Kachexie bei chronischer Herzinsuffizienz. *Herz*. sept 2013;38(6):610-7.

[49] Shimizu Y, Suzuki M, Okumura H, Yamada S. Risk factors for onset of depression after heart failure hospitalization. *Journal of Cardiology*. juill 2014;64(1):37-42.

[50] Ampadu J, Morley JE. Heart failure and cognitive dysfunction. *International Journal of Cardiology*. janv 2015;178:12-23.

[51] Blain H, et al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. *Rev Med Interne* (2015).

[52] Friocourt P. Traitement de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*. 2011 fév ; 11(63): 114-123.

[53] Vorilhon C, Chenaf C, Mulliez A, et al. Heart failure prognosis and management in over-80-year-old patients: data from a French national observational retrospective cohort. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015 fév ; 71(2): 251–260.

[54] Whellan DJ, Goodlin SJ, Dickinson MG, Heidenreich PA, Jaenicke C, Stough WG, et al. End-of-Life Care in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*. févr 2014;20(2):121-34.

[55] Seronde M-F. Insuffisance cardiaque et soins palliatifs. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux-Pratique*. 2011;2011(194):13–21.

[56] Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des patients de plus de 75 ans [Internet]. [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1733427](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1733427)

[57] Assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION. Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par bêtabloquant. [cité 04 octo 2017]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3922/document/suivi-decompensation-traitement-betabloquant\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3922/document/suivi-decompensation-traitement-betabloquant_assurance-maladie.pdf)

[58] Assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION. Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) initié lors de l'hospitalisation. [cité 04 octo 2017]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3923/document/suivi-decompensation->

[traitement-iec\\_assurance-maladie.pdf](#)

[59] Assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION. Suivi en ville après décompensation cardiaque. Conduite à tenir en cas de signe(s) d'aggravation. [cité 04 octo 2017]. Disponible sur :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3921/document/suivi-decompensation-conduite-signes-aggravation\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3921/document/suivi-decompensation-conduite-signes-aggravation_assurance-maladie.pdf)

[60] Assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION. Conduite à tenir en cas d'hypotension artérielle chez l'insuffisant cardiaque. [cité 04 octo 2017]. Disponible sur :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4961/document/memo-hypotension-arterielle\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4961/document/memo-hypotension-arterielle_assurance-maladie.pdf)

[61] Assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION. Conduite à tenir en cas d'insuffisance rénale ou d'hyperkaliémie chez l'insuffisant cardiaque. [cité 04 octo 2017]. Disponible sur :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4962/document/memo-insuffisance-renale-hyperkaliemie\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4962/document/memo-insuffisance-renale-hyperkaliemie_assurance-maladie.pdf)

[62] Assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION. Suivi en ville après décompensation cardiaque : la consultation longue. [cité 04 octo 2017]. Disponible sur :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4990/document/consultation-longue-post-decompensation-cardiaque\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4990/document/consultation-longue-post-decompensation-cardiaque_assurance-maladie.pdf)

[63] Les guides du PNNS pour tous - Ressources pour les professionnels de santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur:

<http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/alimentation-19/les-outils-du-pnns/les-guides-du-pnns-pour-tous.html>

[64] Suis Ton Coeur | Suis Ton Coeur [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.suistoncoeur.fr/>

[65] Jondeau G, Allaert FA, Leurs I. [Management of heart failure by French general practitioners in 2003]. Arch Mal Coeur Vaiss. sept 2004;97(9):833-9.

[66] Assyag P, De Groote P, Galinier M, Jondeau G, Demil N, Isnard R, et al. 064 Temporal trends in prescription rates of recommended treatments in chronic heart failure outpatients: a comparison of three French surveys IMPACT RECOI, II & III. Archives of Cardiovascular Diseases Supplements. 2010;2(1):22.

[67] Calvert MJ, Shankar A, McManus RJ, Ryan R, Freemantle N. Evaluation of the management of heart failure in primary care. Family Practice. 1 avr 2009;26(2):145-53.

[68] Hirt MN, Muttardi A, Helms TM, van den Bussche H, Eschenhagen T. General practitioners' adherence to chronic heart failure guidelines regarding medication: the GP-HF study. Clinical Research in Cardiology. mai 2016;105(5):441-50.

[69] Garbacz L, Juillièrè Y, Alla F, Jourdain P, Guyon G, Coudane H, et al. Perception of therapeutic patient education in heart failure by healthcare providers. Archives of Cardiovascular Diseases [Internet]. juin 2015 [cité 29 juill 2015]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1875213615001011>



- [70] Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
- [71] Etudes et résultats DREES. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Juin 2011; n° 764.
- [72] Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2012.
- [73] Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques. Paris: La Découverte; 2010.
- [74] de la Santé OM, pour l'Europe BR. Education thérapeutique du patient. Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS [Internet]. 1998 [cité 24 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.sauveperformance.fr/wp-content/uploads/2017/01/OMS-chroniques-1998.pdf>
- [75] Boulard J-F, Chanudet X, Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en médecine générale à propos d'une enquête réalisée auprès de cinquante praticiens. Thèse d'exercice: médecine; 2008.
- [76] Niederseer D, Thaler CW, Niederseer M, Niebauer J. Mismatch between heart failure patients in clinical trials and the real world. *International Journal of Cardiology*. oct 2013;168(3):1859-65.
- [77] Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. *Am Heart J*. 2003;146(2):250-7.
- [78] Philbin EF. Factors determining angiotensin-converting enzyme inhibitor underutilization in heart failure in a community setting. *Clin Cardiol*. févr 1998;21(2):103-8.
- [79] Kasje WN, Denig P, de Graeff PA, Haaijer-Ruskamp FM. Perceived barriers for treatment of chronic heart failure in general practice; are they affecting performance? *BMC Fam Pract*. 3 mai 2005;6:19.
- [80] Hickling JA, Nazareth I, Rogers S. The barriers to effective management of heart failure in general practice. *British Journal of General Practice*. 2001;51(469):615-618.
- [81] Msadek S, Digne F, Diarova J et al. Description des pratiques du médecin généraliste dans l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique en sortie d'hospitalisation. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2016 ;(65) : 375-381.
- [82] Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *The Lancet*. 2013; 382: 769-79.
- [83] Van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Eur J Heart Fail*. 2005 Jan;7(1):5-17.
- [84] Khunti K, Hearnshaw H, Baker R, Grimshaw G. Heart failure in primary care: qualitative study of current management and perceived obstacles to evidence-based diagnosis and management by general practitioners. *European Journal of Heart Failure*. décembre 2002;4(6):771-7.

[85] Horne R, Coombes I, Davies G, Hankins M, Vincent R. Barriers to optimum management of heart failure by general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1999;49(442):353–357.

[86] Haute Autorité de Santé. Synthèse de la littérature et orientations. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. HAS ; juin 2018.

## ANNEXES

### Annexe 1. Tableau récapitulatif de la prise en charge thérapeutique de l'ICS (HAS 2014)

#### **Prise en charge thérapeutique\* selon le stade fonctionnel NYHA de l'insuffisance cardiaque systolique (ICS)**

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Caractéristiques				
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas de symptômes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Symptômes pour effort important</li> <li>■ Réduction modérée de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Symptômes à l'effort</li> <li>■ Réduction marquée de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Symptômes au repos</li> <li>■ Limitation sévère de l'activité physique</li> </ul>	
Traitement systématique				
Implication du patient dans sa prise en charge : tous les professionnels de santé				
	IEC + $\beta$ -bloquant : titration progressive par médecin ayant l'expérience de l'IC chronique après avis du cardiologue			
	Vaccinations antigrippale tous les ans et antipneumococcique : médecin traitant			
Traitement selon l'ps symptômes	Diurétiques, si signes congestifs : médecin traitant			
	Antaldostérone ou ARA II (ne JAMAIS associer) après avis cardiologique			
	Traitement de la FA (anticoagulants oraux, digoxine, amiodarone) : médecin traitant et/ou cardiologue			
	Réadaptation cardiaque, selon avis avis cardiologique			
	Stimulation biventriculaire +/- DAI selon avis cardiologique			
	Dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) Transplantation cardiaque			

\* Hors épisodes aigus

## Annexe 2. Le guide d'entretien semi-dirigé

### DONNEES GENERALES

- Homme/femme:
- Durée d'exercice:
- Lieu d'exercice rural, urbain
- Exercice: seul, en cabinet de groupe

### PRISE EN CHARGE GENERALE

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique comporte plusieurs aspects. On peut prendre l'exemple d'un de vos patients insuffisants cardiaques pour enrichir l'entretien.

- Qu'est-ce qui vous semble le plus facile à réaliser ou à obtenir?
- Comment réalisez-vous la prise en charge non médicamenteuse de ce patient insuffisant cardiaque (règles hygiéno-diététiques, activité physique, qualité de vie, facteurs de risque, éducation sur les signes d'alerte...)?

Concernant les règles hygiéno-diététiques ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans cette prise en charge ?

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour organiser la prise en charge avec les autres professionnels de santé (cardiologues, IDE)?

Avec les réseaux multidisciplinaires (ERET, rééducation cardiaque)?

- Avez-vous déjà élaboré un Plan Personnalisé de Santé, formel ou informel ? Comment faites-vous ?
- Comment réalisez-vous l'annonce de la maladie, ses risques, son évolution et son traitement ?  
quelles aides utilisez-vous ? (fiches, ERET, autres professionnels de santé...)

### PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

- Comment prescrivez-vous les traitements de l'insuffisance cardiaque chronique?

Quels sont ceux que vous prescrivez vous-même ou après avis du cardiologue?

L'adaptation du traitement médicamenteux vous pose-t-elle des problèmes?

Si oui, quelles sont les principaux freins à vos prescriptions?

- Importance des critères cliniques et rôle du patient dans la prescription médicamenteuse.
- Etes-vous gêné par les contre-indications relatives des AINS/corticoïdes dans l'insuffisance cardiaque?

Ou par les comorbidités de vos patients? (insuffisance rénale, BPCO, affections rhumatismales, ...)

## RECOMMANDATIONS/FORMATION

- Avez-vous établi des prises en charges communes avec les autres professionnels de santé du cabinet ?
- Avez-vous pris connaissance des recommandations de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ? (EFC, ESC, HAS, Ameli) Qu'en pensez-vous ? Qu'on-t-elles modifié dans votre prise en charge ?
- En quoi sont-elles adaptables ou non à la pratique de médecine générale?

## CONCLUSION

- Avez-vous des éléments à ajouter, ou des précisions à apporter?

Merci pour votre participation et pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 3. Tableau des caractéristiques des généralistes interrogés (en jaune les entretiens n'ayant pu être utilisés pour l'analyse thématique)

Entretien	sexe	seule/groupe	rural/urbain	années de pratiques	Cardiologue le plus proche
1	F	groupe	urbain	24 ans	Flers (14km)
2	M	groupe	urbain	38 ans	Flers (14km)
3	M	groupe	urbain	20 ans	Flers (14km)
4	M	seul	rural	33 ans + 12 ans SAMU	Flers (33km), Mayenne (26km)
5	F	seule	rural	34 ans	Flers (19km)
6	F	seule	urbain	4 ans	Flers (4km)
7	F	seule	rural	20 ans (6 ans en France)	Argentan (14km)
8	F	seule	rural	2 ans	Argentan (13km) + Alençon (35km)
9	M	seul	rural	40 ans	Bagnoles (0km) Flers (28km)
10	M	seul	urbain	40 ans	Argentan (0km)
11	F	groupe	urbain	7 ans	Alençon (0km)
12	M	groupe	urbain	21 ans	Alençon (0km)
13	F	groupe	urbain	18 ans	Alençon (0km)

Annexe 4. Démographie et répartition des cardiologues Ornais en aout 2017

Secteur	Nombre
Alençon	5
Flers	4
Argentan	3
L'Aigle	2
Bagnoles de l'Orne	1
	moyenne d'âge 54 ans
	2 femmes pour 13 hommes
	3 cardiologues uniquement hospitaliers
	10 cardiologues uniquement libéraux
	2 cardiologues avec activité mixte

---

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».



VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

## **TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

**What are the difficulties that face general practitioners from department Orne to manage chronic systolic heart failure?**

## **RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

**Introduction** : In France, chronic heart failure is responsible for high mortality and morbidity. Several surveys have showed that care recommendations are not optimally followed in general practice. We want to set out the difficulties that general practitioners face when they follow therapeutic coverage recommendations for this disease. **Method** : This qualitative study is based on semi-structured interviews with a sample of eleven general practitioners from the department Orne, taking the following features into account: sex, medical practice duration, rural or urban practice, in group practice or alone and the distance from a cardiologist. Data coming from these interviews have been ordered and presented as a thematic tree, allowing an analysis of the results in a second time. **Results** : general practitioners are able to question themselves. They know they realise inadequate therapeutic education, in which have not been trained. They regret their lack of time because of their multiple tasks. They often have difficulties in communicating with specialists and hospitals, a problem worsened by a low cardiologist demography. They partly overcome these problems by creating their own informal networks of local health professionals. **Conclusion** : General practitioners want to improve their practice. Doing therapeutic education requires them to be trained or to be supported by specialised teams. A better data transmission between health professionals would improve multidisciplinary care of patients with chronic heart failure.

**KEY WORDS** : Chronic heart failure, general practice, therapeutic education

ANNÉE 2019

SAUVÉ Lucie

**TITRE DE LA THÈSE :**

**Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ornaïens concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ?**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE :**

Introduction: En France, l'insuffisance cardiaque chronique est responsable d'une morbi-mortalité importante. Plusieurs études ont montré que les recommandations de prise en charge n'étaient pas suivies de façon optimale en médecine générale. Nous cherchons à exposer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour suivre les recommandations de prise en charge thérapeutique de cette affection. Méthode: Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès d'un échantillon de onze généralistes ornaïens, prenant en compte les caractéristiques suivantes: sexe, durée d'exercice, exercice rural ou urbain, en cabinet de groupe ou seul et distance d'un cardiologue. Les données issues des entretiens ont été classées sous la forme d'un arbre thématique, permettant dans un second temps l'analyse des résultats. Résultats: les médecins savent se remettre en question. Ils sont conscients de leur pratique insuffisante de l'éducation thérapeutique, à laquelle ils ne sont pas formés. Ils déplorent le manque de temps lié à la multiplicité de leurs missions. Les difficultés de communication avec les spécialistes et l'hôpital sont fréquentes et aggravées par la faible démographie des cardiologues. Ils pallient en partie à cela par la création de réseaux informels de soignants de proximité. Conclusion: Les médecins généralistes souhaitent améliorer leur pratique. La pratique de l'éducation thérapeutique nécessite leur formation ou le recours à des équipes dédiées. Une meilleure transmission d'informations entre les professionnels de santé améliorerait la prise en charge multidisciplinaire des patients insuffisants cardiaques chroniques.

**MOTS-CLÉS :** Insuffisance cardiaque chronique, médecine générale, éducation thérapeutique