



HAL
open science

Optimisation du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque par les médecins généralistes : freins et pistes d'amélioration

Anaïs Deffontaines

► **To cite this version:**

Anaïs Deffontaines. Optimisation du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque par les médecins généralistes : freins et pistes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02940326

HAL Id: dumas-02940326

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02940326v1>

Submitted on 16 Sep 2020

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 PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020

N° 2020-71

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'Etat
Spécialité MÉDECINE GENERALE

Présentée et soutenue

Le 6 juillet 2020

Par

Anaïs DEFFONTAINES

Née le 29 septembre 1991

OPTIMISATION DU TRAITEMENT DE FOND DE L'INSUFFISANT CARDIAQUE
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : FREINS ET PISTES D'AMÉLIORATION

Président du jury : Monsieur le Professeur Christophe TRIBOUILLOY

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Monsieur le Docteur Christophe CARTON

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Christophe TRIBOUILLOY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Cardiologie

Chef du Pôle « Coeur - Thorax - Vaisseaux »

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. C'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

Professeur Associé de Médecine générale

Département de Médecine générale

Pour l'honneur que vous me faites d'avoir dirigé cette thèse. Pour la confiance et le soutien dont vous m'avez gratifié tout au long de ce travail mais aussi pendant ma formation universitaire. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos précieux conseils. La rigueur et le sérieux dont vous faites preuve m'ont beaucoup aidé tout au long de ce travail. Recevez le témoignage de mon entière reconnaissance.

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Maître de Conférences

Département de Médecine générale

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre dévouement et vos passionnants cours tout au long de l'internat. Recevez l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe CARTON

Médecin généraliste

Département de Médecine générale

Je vous remercie d'avoir si gentiment accepté de participer à ce jury de thèse et je vous prie de croire en l'assurance de ma parfaite et respectueuse considération.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Remerciements | 3 |
| Table des figures et tableaux | 9 |
| Liste des abréviations | 9 |
| | |
| INTRODUCTION | 10 |
| 1. Epidémiologie | 10 |
| 2. Clinique | 11 |
| 1. Diagnostic et symptômes | 11 |
| 2. Classification selon la fraction d'éjection du ventricule gauche | 11 |
| 3. Particularités de la personne âgée | 12 |
| 3. Physiopathologie | 12 |
| 1. Définition et facteurs déterminant le débit cardiaque | 12 |
| 2. Mécanismes compensateurs | 13 |
| 4. Dernières recommandations | 14 |
| 5. Traitement | 15 |
| 1. Évolution de la prescription | 15 |
| 2. Optimisation du traitement | 16 |
| 3. Les molécules | 16 |
| 6. Revue de la littérature | 20 |
| 7. Justification du travail | 23 |
| 8. Hypothèse | 24 |
| 9. Objectif principal et secondaire | 24 |
| | |
| MATÉRIEL ET MÉTHODES | 25 |
| 1. Choix de la méthode | 25 |
| 2. Constitution de l'échantillon | 25 |
| 3. Recueil des données | 25 |
| 4. Retranscription des données | 26 |
| 5. Méthode d'analyse des résultats | 26 |
| 6. Méthodologie de la recherche bibliographique | 26 |

| | |
|---|----|
| RÉSULTATS | 27 |
| 1. Données générales | 27 |
| 2. Caractéristiques de l'échantillon | 27 |
| 3. Tableau récapitulatif | 28 |
| 4. Analyse thématique des résultats | 29 |
| 1. Patients, maladie, observance et éducation | 29 |
| 1. Les patients | 29 |
| 2. La pathologie | 30 |
| 3. Les comorbidités du patient et l'optimisation thérapeutique | 33 |
| 4. Particularités de la personne âgée et du domicile | 34 |
| 5. Observance, adhésion et éducation thérapeutique | 35 |
| 2. Les recommandations, la formation | 37 |
| 1. Les recommandations | 37 |
| 2. Risque encouru par l'insuffisance d'optimisation | 39 |
| 3. La formation | 40 |
| 3. Attitudes du généraliste dans l'optimisation thérapeutique | 41 |
| 1. La prescription des thérapeutiques recommandées | 41 |
| 2. Les effets secondaires | 44 |
| 3. L'absence d'électrocardiogramme, frein à l'optimisation ? | 46 |
| 4. Freins à l'optimisation liés au médecin traitant | 46 |
| 5. La titration | 49 |
| 6. La charge de travail du médecin | 50 |
| 4. Médecin traitant et cardiologue | 51 |
| 1. L'accessibilité au cardiologue | 51 |
| 2. Critique des pratiques des cardiologues | 52 |
| 3. Les attentes du généraliste envers le cardiologue | 52 |
| 4. Rôle et place du médecin traitant dans d'insuffisance cardiaque | 53 |
| 5. La communication | 54 |
| 6. Ordonnances et courriers | 57 |
| 7. La particularité du médecin remplaçant | 57 |
| 8. La problématique des dossiers incomplets | 57 |
| 9. Des pratiques de la médecine à l'origine d'un défaut d'optimisation .. | 59 |

| | | |
|----|---|----|
| 5. | Les pistes d'amélioration | 58 |
| 1. | Optimiser la formation | 58 |
| 2. | Améliorer la diffusion des recommandations | 60 |
| 3. | Diffuser des grands messages | 60 |
| 4. | Optimiser les comptes-rendus et ordonnances | 61 |
| 5. | Les réseaux d'insuffisants cardiaques | 62 |
| 6. | La télésurveillance | 62 |
| 7. | La place de l'infirmier | 63 |
| 8. | Améliorer la prise en charge de la personne âgée | 63 |
| 9. | Autres pistes pour palier à l'inertie thérapeutique | 64 |
| | DISCUSSION | 66 |
| 1. | La validité de l'étude | 66 |
| 1. | Les forces de l'étude | 66 |
| 2. | Les faiblesses de l'étude | 66 |
| 2. | Discussion des résultats | 68 |
| 1. | Les facteurs limitants l'optimisation thérapeutique | 68 |
| 2. | Les pistes d'amélioration | 75 |
| | CONCLUSION | 79 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 81 |
| | ANNEXES | 85 |
| | Annexe 1 : Canevas d'entretien | 85 |
| | Annexe 2 : CD-ROM - Transcription des entretiens | 85 |
| | RÉSUMÉ | 86 |

TABLE DES FIGURES

| | | |
|----------|--|----|
| Figure 1 | Prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque | 14 |
| Figure 2 | Les 214 réponses des médecins généralistes présents au congrès Preuves et Pratiques de Lille sur l'optimisation thérapeutique | 21 |
| Figure 3 | Proportion des médecins selon l'âge | 26 |
| Figure 4 | Proportion des médecins selon le lieu d'exercice | 26 |

TABLE DES TABLEAUX

| | | |
|-----------|--|----|
| Tableau 1 | Classification NYHA | 10 |
| Tableau 2 | Classification selon la FEVG | 13 |
| Tableau 3 | Optimisation de l'IEC | 16 |
| Tableau 4 | Optimisation des bêta-bloquants | 17 |
| Tableau 5 | Caractéristiques des médecins interrogés | 27 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|--------|---|
| ARA II | Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II |
| ARNI | Angiotensin receptor neprilysin inhibitor |
| CNAM | Caisse nationale d'assurance maladie |
| ECG | Electrocardiogramme |
| ETT | Echocardiographie transthoracique |
| FEVG | Fraction d'éjection du ventricule gauche |
| GICC | Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| IEC | Inhibiteurs de l'enzyme de conversion |
| mg | Milligramme |
| mmHg | Millimètre de mercure |
| mmol/L | Millimole par litre |
| MSU | Maître de stage universitaire |
| NYHA | New York Heart Association |
| PRADO | Programme de retour à domicile |
| SRAA | Système rénine angiotensine aldostérone |
| VES | Volume d'éjection systolique |

INTRODUCTION

1. EPIDÉMIOLOGIE

Avec le vieillissement de la population et l'amélioration de la prise en charge des pathologies cardiaques (au pronostic immédiat moins sombre mais évoluant vers l'insuffisance cardiaque), la prévalence de l'insuffisance cardiaque augmente. Il est attendu un doublement du nombre d'insuffisants cardiaques pour 2040 [1].

En 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) a estimé la prévalence de l'insuffisance cardiaque à 2,3% dans la population adulte. Chaque année sont identifiés 120 000 nouveaux cas [2]. En dix ans, le nombre de patients insuffisants cardiaques a augmenté de 30% [3].

Selon une étude du Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies (GICC) réalisée en 2017, cette pathologie, peu connue du grand public, est probablement insuffisamment diagnostiquée et la prévalence avoisinerait en réalité les 3,6% [4].

L'insuffisance cardiaque est responsable d'environ 5% de toutes les hospitalisations en médecine. Elle est à l'origine de 165 000 hospitalisations annuelles [5]. Près de 60% sont ré-hospitalisés dans les six mois dont plus de la moitié (62%) pour une récurrence [6].

La mortalité des patients est deux à trois fois supérieure à celle d'un patient du même âge [7]. Elle est comparable à celle des cancers [8]. À chaque nouvelle hospitalisation, l'espérance et la qualité de vie diminuent.

En 2017, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque a représenté plus de 2,8 milliards d'euros. La dépense moyenne par patient par an est estimée à 7 880 euros pour les épisodes aigus. Elle consomme 1 à 2% du budget total de la santé des pays industrialisés, les deux-tiers étant liés aux hospitalisations. Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) une part importante de ces hospitalisations pourrait être évitée grâce à la mise en place de traitements conformes aux recommandations [9].

L'insuffisance cardiaque est un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir.

2. CLINIQUE

1. Diagnostic et symptômes

La Société Européenne de Cardiologie définit l'insuffisance cardiaque chronique comme un syndrome associant des symptômes d'insuffisance cardiaque au repos ou à l'effort à une preuve échocardiographique (de dysfonction cardiaque systolique et/ou diastolique) et, en cas de doute diagnostique, à une réponse favorable au traitement habituel de l'insuffisance cardiaque [10].

La sévérité est souvent appréciée par le stade fonctionnel de la Classification de la New York Heart Association (NYHA).

| | |
|---------|--|
| Stade 1 | Pas de symptômes ni de limitation de l'activité physique ordinaire |
| Stade 2 | Limitation modeste de l'activité physique |
| Stade 3 | Réduction marquée de l'activité physique |
| Stade 4 | Symptômes présents au repos |

Tableau 1 : Classification NYHA

La sévérité des symptômes est mal corrélée à l'altération de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) mais aide à estimer la qualité de vie du patient [11].

Quatre symptômes devront être scrutés lors du suivi d'un patient insuffisant cardiaque (regroupés sous l'acronyme EPOF) :

- Essoufflement au repos et/ou à l'effort.
- Prise de poids de 2 à 3 kilogrammes sur quelques jours.
- Oedèmes déclives inauguraux ou s'aggravant.
- Fatigue majorée lors d'une activité pourtant habituelle.

2. Classification selon la FEVG

La terminologie utilisée pour décrire l'insuffisance cardiaque est basée sur la FEVG.

On distingue l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée (supérieure à 50%) de l'insuffisance cardiaque à FEVG diminuée (inférieure à 40%). Les patients avec une FEVG entre 40 et 50% représentent selon la nouvelle définition de la Société Européenne de Cardiologie une « zone grise ». Cette dénomination sur la FEVG est importante en raison des différences étiologiques et de la réponse au traitement de chaque catégorie.

3. Particularités de la personne âgée

Faute d'études spécifiquement consacrées à la personne âgée ou très âgée, la majorité des recommandations est extrapolée des données fondées sur les preuves obtenues sur des populations plus jeunes. Les multiples comorbidités complexifient la prise en charge de la personne âgée. L'augmentation des posologies devra être prudente et surveillée en raison des modifications pharmacocinétiques ou pharmacodynamiques liées au vieillissement [12].

Chez la population de plus de 65 ans, il a été rapporté que la prise de la médication est observée en moyenne chez moins de 45% et que le tiers des hospitalisations sont reliées à ce phénomène [13].

Les objectifs généraux définis dans les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie restent applicables au sujet âgé : amélioration de la qualité de vie, réduction de la mortalité, réduction du nombre et de la durée des hospitalisations.

3. PHYSIOPATHOLOGIE

1. Définition et facteurs déterminant le débit cardiaque

L'insuffisance cardiaque est définie par l'incapacité du muscle cardiaque à assurer un débit sanguin systémique normal avec un régime de pression de remplissage normal. Le débit cardiaque est le produit de la fréquence cardiaque par le volume d'éjection systolique (VES).

Le VES dépend de trois paramètres :

- *La précharge*, assimilable au volume télédiastolique. Plus la précharge augmente, plus les fibres myocardiques sont étirées avant la contraction, plus la force de contraction est grande et plus le volume de sang éjecté et la pression générée seront importants selon la loi de Frank-Starling. Le volume d'éjection systolique, donc le débit cardiaque, augmente avec la dilatation du ventricule gauche jusqu'à un certain degré.
- *La contractilité myocardique ou inotropisme*. Ce paramètre est sous la dépendance du système sympathique bêta-adrénergique.
- *La postcharge*, qui représente l'obstacle à l'éjection du ventricule. Elle dépend surtout des résistances artérielles (systémiques pour le ventricule gauche, pulmonaires pour le ventricule droit).

La FEVG est le rapport entre le volume d'éjection systolique et le volume télédiastolique (FEVG = volume d'éjection systolique / volume télédiastolique).

2. Mécanismes compensateurs

1. Au niveau cardiaque

Pour maintenir un débit systémique correct, le coeur va s'adapter :

- *Augmentation de la fréquence cardiaque* : cette tachycardie va dans un premier temps augmenter le débit cardiaque, compensant ainsi la diminution du volume d'éjection systolique. Si elle est trop importante, la diminution de la durée de la diastole, et donc du remplissage ventriculaire, va induire une diminution du débit cardiaque.
- *Dilatation ventriculaire* : elle permet l'augmentation de la précharge donc, selon la loi de Frank-Starling, une augmentation du volume d'éjection systolique. Cependant, si la dilatation est trop importante, la force de contraction va diminuer, entraînant une chute du volume d'éjection systolique.
- *Hypertrophie ventriculaire* : elle tend à faire baisser la tension pariétale, augmentée par la dilatation ventriculaire, en augmentant l'épaisseur du myocarde. Cette baisse de la tension pariétale, donc de la postcharge, favorise l'éjection. Ce mécanisme peut par la suite être dépassé pour aboutir à une dilatation ventriculaire (loi de Laplace).

2. Au niveau périphérique

La dysfonction systolique entraîne une réponse systémique par l'activation du système adrénergique et du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA).

Le déclenchement du système adrénergique a pour conséquences une action chronotrope et inotrope positive, une vasoconstriction périphérique et une stimulation du SRAA.

Toutefois, cette activation va avoir des effets délétères : toxicité directe des catécholamines sur le myocarde et augmentation de la postcharge par augmentation des résistances périphériques.

L'activation du SRAA est secondaire d'une part à l'action des catécholamines sur la sécrétion de rénine, d'autre part à la baisse de la pression dans les artérioles afférentes du glomérule (secondaire au bas débit) entraînant une sécrétion de rénine.

La rénine conduit à une augmentation de l'angiotensine II qui va avoir une action vasoconstrictrice périphérique importante, maintenant la pression artérielle, et être responsable d'une augmentation de la sécrétion d'aldostérone. Celle-ci induit une rétention hydro-sodée qui, en augmentant la volémie, va maintenir la pression artérielle et augmenter le retour veineux (donc la précharge, donc le volume d'éjection systolique), mais au prix d'une

augmentation des pressions de remplissage et de la majoration des signes congestifs. L'aldostérone a également une action pro-fibrosante au niveau du myocarde [10]. Initialement, ces mécanismes permettent de restaurer un débit cardiaque et une pression artérielle suffisants mais ont un effet néfaste à long terme. L'interruption de ces processus est la base du traitement de l'insuffisance cardiaque.

4. DERNIÈRES RECOMMANDATIONS

La Société Européenne de Cardiologie a publié les dernières recommandations sur le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque en 2016.

Parmi les nouveautés, une nouvelle classification de l'insuffisance cardiaque basée sur la fraction d'éjection a été proposée, avec la distinction d'une nouvelle catégorie. L'objectif est de stimuler la recherche scientifique pour ces patients.

| | |
|---|--------------------------------|
| Insuffisance cardiaque à fraction conservée | FEVG supérieure ou égale à 50% |
| Insuffisance cardiaque à fraction réduite | FEVG inférieure à 40% |
| Insuffisance cardiaque à fraction intermédiaire | FEVG entre 40 et 49% |

Tableau 2 : Classification selon la FEVG

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque à FEVG réduite repose sur l'association d'un bêta-bloquant et d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou d'un antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARAII). La titration de chaque molécule doit être réalisée jusqu'à la dose maximale tolérée.

A partir d'une FEVG inférieure ou égale à 35%, chez les patients qui restent symptomatiques, l'adjonction d'un antagoniste de l'aldostérone est recommandée.

L'autre nouveauté de ces recommandations 2016 est l'introduction, pour le traitement de l'insuffisance cardiaque à FEVG réduite, d'un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine ou ARNI (angiotensin receptor neprilysin inhibitor).

Actuellement, une seule molécule existe sur le marché, il s'agit de la combinaison de sacubitril et de valsartan. Cette association est recommandée en remplacement de l'IEC chez les patients ayant une FEVG inférieure ou égale à 35% qui restent symptomatiques malgré une trithérapie optimisée.

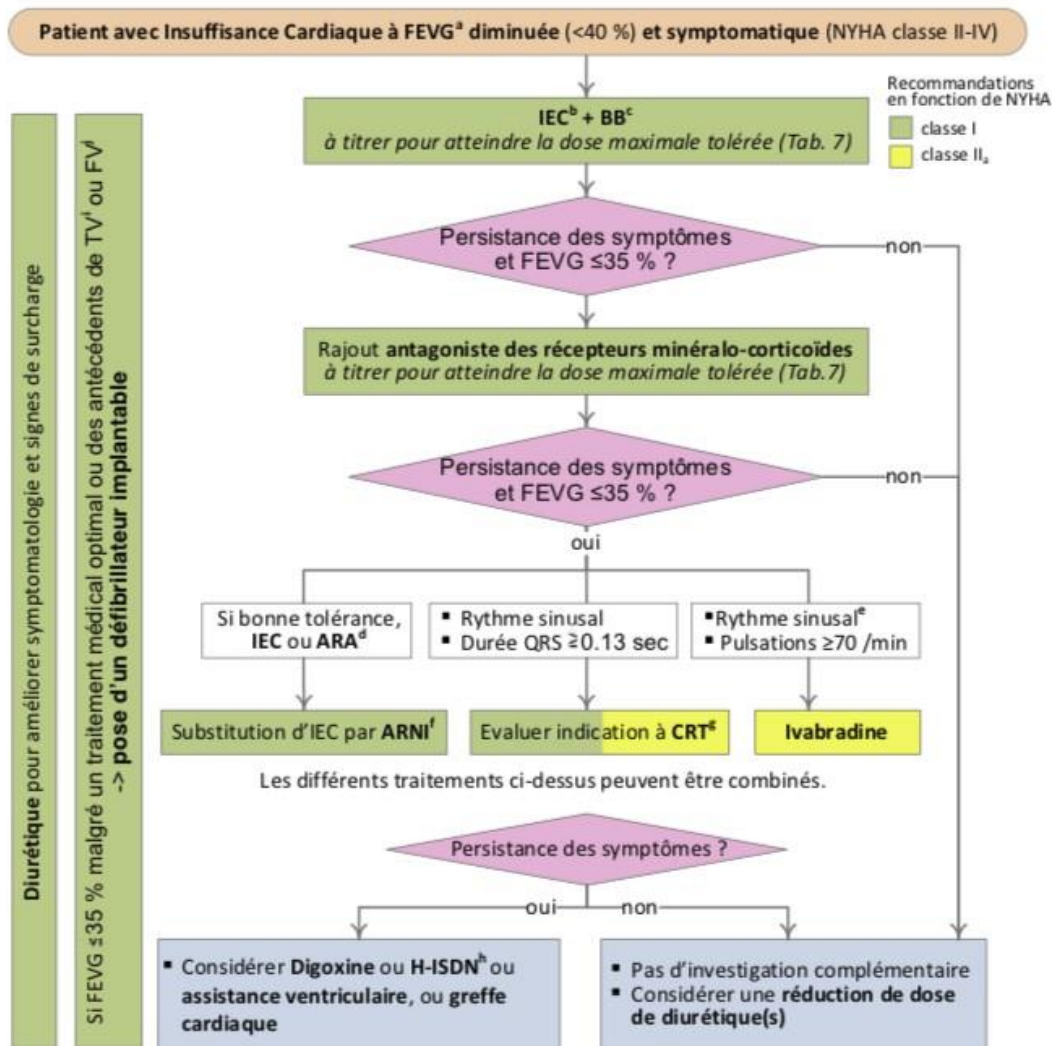


Figure 1 : Prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque

5. TRAITEMENT

1. Évolution de la prescription

Il y a 40 ans, les étiologies de l'insuffisance cardiaque étaient essentiellement valvulaires et ischémiques. L'âge des patients dépassait rarement 70 ans et la FEVG était souvent réduite. Le traitement reposait sur les digitaliques, les diurétiques et les anti-vitamine K. Le profil actuel apparaît différent : les patients sont plus âgés avec de multiples comorbidités. Il semble également y avoir davantage de patients ayant une FEVG préservée.

En 1980, plusieurs essais thérapeutiques évaluant des traitements inotropes positifs ont montré un effet favorable sur les symptômes et la qualité de vie des patients, mais aussi une augmentation de la mortalité, notamment de la mort subite. Suite à ces essais, il semblait

évident qu'il ne fallait pas se contenter de résultats sur les symptômes mais qu'il fallait également étudier la mortalité.

En 1987, l'énalapril a montré qu'il pouvait réduire la mortalité de sujets présentant une FEVG réduite. Récemment, l'inhibiteur de l'angiotensine et de la néprilysine a démontré une supériorité sur les IEC pour réduire la mortalité et les ré-hospitalisations.

Pourtant formellement contre-indiqués à l'époque, il paraissait logique (afin de « soulager le travail cardiaque ») d'essayer de réduire la fréquence cardiaque et la pression artérielle avec les bêta-bloquants, médicaments inotropes négatifs. Personne ne peut imaginer aujourd'hui la stupeur et l'incrédulité qui a régné lorsque des auteurs scandinaves ont proposé de mettre systématiquement les insuffisants cardiaques sous faibles doses de bêta-bloquants. Cependant, utilisés prudemment, ce sont les médicaments qui présentent l'effet le plus remarquable sur la mortalité, notamment sur la mort subite et sur la qualité de vie [14].

2. Optimisation du traitement

Le principe essentiel de l'augmentation des doses est de procéder de manière progressive.

Le patient insuffisant cardiaque active des mécanismes neuro-hormonaux compensateurs.

Le blocage brutal et complet de ces systèmes de compensation entraînerait un effondrement tensionnel par relâchement des résistances vasculaires et une chute drastique du débit cardiaque par ralentissement du rythme et réduction du volume éjecté.

En revanche, une inhibition progressive de ces mécanismes permettra au myocarde de travailler dans des conditions de charge plus favorables (réduction de la précharge et de la postcharge) et de récupérer une meilleure activité des récepteurs membranaires, désensibilisés par une surstimulation chronique.

Les doses cibles seront recherchées, mais on devra s'arrêter à la dose maximale tolérée, ce qui confère néanmoins un bénéfice, démontré par les études contrôlées.

3. Les molécules

1. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

L'inhibition de la conversion d'angiotensine I en angiotensine II (puissant vasoconstricteur), est à l'origine d'une vasodilatation facilitant le travail myocardique par diminution de la postcharge. La réduction de la sécrétion d'aldostérone renforce cet effet et pourrait par ailleurs limiter le développement de la fibrose myocardique.

De plus, les IEC inhibent la dégradation de la bradykinine (aux effets tissulaires locaux de vasodilatation) [15].

En supprimant l'effet vasoconstricteur de l'angiotensine II sur l'artériole efférente du glomérule, ils peuvent diminuer la filtration glomérulaire.

En cas d'insuffisance rénale modérée, un IEC peut être prescrit sous réserve qu'il n'entraîne pas de dégradation significative de la fonction rénale.

Ils doivent être initiés à faibles doses et augmentés par paliers successifs, à intervalle d'une à deux semaines minimum jusqu'à la dose maximale tolérée. La posologie d'entretien usuelle est habituellement atteinte en un à deux mois.

Cette titration s'effectuera sous contrôle de :

- *La pression artérielle* : la systolique doit être supérieure ou égale à 90 millimètres de mercure (mmHg) et le patient ne pas présenter de symptômes d'hypotension orthostatique. Une pression artérielle basse mais asymptomatique ne doit pas faire interrompre le traitement, mais passer à une posologie progressivement croissante jusqu'à la dose maximale tolérée.
- *La fonction rénale* se détériore souvent modérément après l'initiation du traitement, notamment si les diurétiques sont maintenus à doses élevées. La réduction de ceux-ci peut montrer une amélioration de la fonction rénale. Une augmentation de la créatininémie de 20 à 30% est tolérée.
- *La kaliémie* : au-delà de 5 millimoles par litre (mmol/L), la surveillance rapprochée s'impose ; entre 5,5 et 6 mmol/L, la dose d'IEC sera réduite de moitié ; au-delà de 6 mmol/L, l'IEC sera arrêté.

S'agissant d'un effet de classe, tous les IEC peuvent être utilisés.

| IEC | Dose initiale (mg) | Dose cible (mg) | Nombre de prises par jour |
|-------------|--------------------|-----------------|---------------------------|
| Enalapril | 2,5 | 10-20 | 2 |
| Captopril | 6,25 | 50 | 3 |
| Ramipril | 2,5 | 10 | 2 |
| Perindopril | 2-2,5 | 4-5 | 1 |

Tableau 3 : Optimisation de l'IEC

2. Bêta-bloquants

Au niveau cardiaque, ils agissent en réduisant la fréquence cardiaque (effet chronotrope négatif), en ralentissant la conduction dans le nœud auriculo-ventriculaire (effet dromotrope négatif) et en réduisant la contractilité myocardique (effet inotrope négatif). Ces différentes fonctions sont à l'origine d'une augmentation du volume d'éjection systolique.

La cardio-sélectivité (ou bêta-1-sélectivité) limite les effets liés au blocage des récepteurs bêta-2. Le nébivolol a la bêta-1-sélectivité la plus importante. Le carvedilol n'est pas cardio-sélectif.

Les bêta-bloquants améliorent la morbimortalité avec une réduction de la mortalité de 30 à 35% [16].

Ils doivent être administrés en commençant par la plus faible dose et augmentés par paliers successifs, à intervalle d'une à deux semaines jusqu'à la dose maximale tolérée en l'absence de signes d'instabilité, sous surveillance de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque.

En cas d'hypotension asymptomatique, il est recommandé de ne pas modifier le traitement. En cas d'hypotension symptomatique, souvent transitoire, il faut tenter de réduire la dose de diurétiques et/ou d'autres hypotenseurs éventuels.

Une majoration transitoire de la fatigue et l'apparition d'une bradycardie peuvent également se manifester pendant la période de titration des bêta-bloquants et ne remettent pas en cause le bénéfice attendu. L'amélioration clinique sera habituellement observée dès le troisième mois. En cas de mauvaise tolérance du traitement lors de la titration, après avis du cardiologue, un retour au palier antérieur pourra être envisagé pendant une période plus prolongée avant de tenter une nouvelle augmentation.

Quatre molécules ont l'indication : le bisoprolol, le carvedilol, le nébivolol et le métoprolol.

| | Dose initiale (mg) | Dose cible (mg) | Nombre de prises par jour |
|------------|--------------------|-----------------|---------------------------|
| Bisoprolol | 1,25 | 10 | 1 |
| Carvédilol | 3,125 | 50 | 2 |
| Nébivolol | 1,25 | 10 | 1 |
| Métoprolol | 12,5-25 | 200 | 1 |

Tableau 4 : Optimisation des bêta-bloquants

3. Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)

Les sartans sont une alternative aux IEC en cas d'intolérance ou de contre-indication. Seuls le candésartan, le losartan et le valsartan possèdent l'Autorisation de Mise sur le Marché dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Compte tenu de l'absence de supériorité démontrée par rapport aux IEC, ils restent des médicaments de seconde intention.

4. Antagonistes de l'aldostérone

L'aldostérone est responsable de la rétention hydro-sodée et possède une toxicité directe, pro-fibrosante sur le myocarde et les vaisseaux.

La spironolactone et l'éplérénone bloquent les récepteurs aux minéralocorticoïdes, permettant ainsi l'amélioration de la sensibilité des barorécepteurs et la diminution du remodelage cardiaque [10].

Ils doivent être administrés à faibles doses et titrés jusqu'à la dose maximale tolérée, sous surveillance de la fonction rénale et de la kaliémie.

5. Inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine

Lors de l'insuffisance cardiaque, les peptides natriurétiques, dont la sécrétion est augmentée, jouent un rôle favorable en augmentant la diurèse et en inhibant la sécrétion de rénine et d'aldostérone.

La néprilysine est une enzyme qui dégrade les peptides natriurétiques ; son inhibition permet d'augmenter les taux de ces peptides. Par son action multiple sur l'organisme, ce peptide permet une diminution du volume plasmatique, soulageant ainsi l'effort cardiaque par une diminution de la précharge.

Cependant comme la néprilysine dégrade également d'autres peptides comme les angiotensines I et II, son inhibition va avoir pour effet indésirable d'augmenter l'angiotensine. C'est la raison pour laquelle y est combiné un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine.

Le traitement par IEC doit être arrêté 36 heures avant l'instauration d'un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine, chez des patients symptomatiques, avec une FEVG inférieure ou égale à 35%.

Ce traitement augmente la demi-vie du BNP rendant les dosages du NT-pro-BNP plus fiables que ceux du BNP.

6. Diurétiques de l'anse

Les diurétiques de l'anse de Henlé constituent le traitement symptomatique des manifestations congestives. En luttant contre la rétention hydro-sodée, ils améliorent les conditions de travail en réduisant la précharge et la postcharge ventriculaire gauche [10].

Les diurétiques n'ont jamais fait l'objet d'une étude randomisée et leur effet sur la survie est inconnu. Leur dose doit être ajustée, notamment après disparition des signes congestifs et restauration du poids habituel du patient, afin d'éviter tout risque de déshydratation pouvant induire une hypotension ou une dysfonction rénale.

6. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Diverses études font état d'une insuffisance de prescription, en termes d'association de molécules, mais aussi par rapport aux doses cibles.

L'étude **IMPROVEMENT** (2002) analysait la prise en charge thérapeutique des patients insuffisants cardiaques en médecine générale en France. Un traitement par IEC était introduit chez 60% des patients. La dose prescrite était d'environ 50% de la dose cible, comme pour les bêta-bloquants. L'association IEC et bêta-bloquants était retrouvée dans 15% des cas [17].

L'étude **PRINCEPS** (2003) étudiait la prise en charge des patients insuffisants cardiaques en médecine générale en France. Les patients devaient être traités par IEC pour être recrutés. Seuls 20% de ces patients étaient également traités par un bêta-bloquant [18].

L'étude **MALHER** (2005) portait sur les modalités de traitement de 1410 patients insuffisants cardiaques dans six pays européens dont la France. 87% des patients recevaient un IEC ou un ARA II, 53% un bêta-bloquant, 28% un antagoniste de l'aldostérone [19].

L'étude **EURO HEART FAILURE SURVEY 2** (2006) analysait chez des patients en milieu hospitalier les taux de prescription pour les IEC, les bêta-bloquants et les antagonistes de l'aldostérone. Ils étaient respectivement de 55%, 43% et 28%. Différents facteurs étaient identifiés comme influençant les prescriptions : l'âge, le sexe, le service d'hospitalisation, les comorbidités. L'étiologie ischémique et le diabète étaient des facteurs augmentant la prescription d'IEC aux doses recommandées, alors que la dysfonction rénale avait une influence négative sur cette prescription [20].

La **CNAM** a également publié des données en 2008. Moins de 20% des patients insuffisants cardiaques à FEVG réduite étaient traités par une trithérapie. 47% des patients recevaient des IEC, 28% des ARA II, 44% des bêta-bloquants et 18% des anti-aldostérones [9].

L'étude QUALIFY (2016) menée auprès de 7 092 patients à FEVG réduite montrait que seulement 14,8% des patients avaient atteint la dose cible de bêta-bloquants, contre 27,9% pour les IEC [21].

En 2014, l'objectif principal d'un travail de thèse réalisé en Charente était de savoir si les patients insuffisants cardiaques chroniques pris en charge en médecine générale bénéficiaient des traitements recommandés. Les taux de prescriptions respectifs des IEC, bêta-bloquants, anti-aldostérones étaient de 76%, 53% et 19%. Il était retrouvé 40% de double association et 6,7% de triple association. Au contraire du traitement de fond, le traitement symptomatique par les diurétiques de l'anse était très largement prescrit [22].

En 2015, une étude décrivait les pratiques de 42 médecins généralistes dans l'optimisation du traitement suite à une hospitalisation pour insuffisance cardiaque. La dose cible d'IEC et de bêta-bloquants était atteinte chez 18% des patients durant l'hospitalisation. Aucun généraliste n'avait modifié les IEC et les bêta-bloquants pendant le suivi. Les raisons évoquées étaient l'absence de consultation des patients, la bonne tolérance, l'absence d'habitude des médecins et l'attribution de ce rôle au cardiologue [23].

En 2018, la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique à FEVG réduite par les médecins généralistes en Gironde a été évaluée dans un travail de thèse. 23.5% des patients étaient traités par IEC, bêta-bloquants et anti-aldostérones. Les traitements atteignaient la dose optimale chez 15% des patients pour les bêta-bloquants et 22% des patients pour les IEC. Devant l'absence de travail récent à visée comparative en médecine générale, l'étude a été considérée comme le reflet indirect d'une prise en charge plus spécialisée de cardiologie libérale [24].

Plusieurs études ont pourtant fait preuve de l'efficacité des traitements recommandés.

En 1996, l'efficacité des bêta-bloquants sur la morbimortalité a été démontrée avec le carvedilol [25]. Il en est de même pour l'enalapril dans les études CONSENSUS en 1987 [26] et SOLVD en 1990 [27].

En 2004, dans l'étude CHARM, le candésartan, ajouté aux thérapies standard, réduisait la mortalité cardio-vasculaire et le taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque [28].

Dans l'étude HEAAL (2009), le losartan 150 mg par jour réduisait le taux de décès ou d'admission pour insuffisance cardiaque par rapport au losartan 50 mg par jour. Ces résultats montraient la valeur de l'augmentation des doses pour conférer un bénéfice clinique [29].

En 2014, l'étude PARADIGM comparait l'inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine à l'énalapril chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque à FEVG réduite. L'essai a été arrêté prématurément car la limite pour un grand avantage avait été franchie. La nouvelle thérapeutique a été supérieure à l'énalapril pour réduire les risques de décès et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque [30].

Le 25 janvier 2020, j'ai assisté au congrès Preuves et Pratiques de Lille où la question de l'amélioration de la prise en charge et du suivi en médecine générale du patient insuffisant cardiaque a été présentée sous forme d'un cas clinique.

Il s'agissait du cas d'André, patient de 72 ans aux antécédents d'hypertension et d'infarctus du myocarde. Il consultait son médecin traitant sept jours après une hospitalisation pour une première poussée d'insuffisance cardiaque. L'échographie cardiaque documentait une fraction d'éjection à 35%. Le traitement de sortie reposait sur du Bisoprolol® 2,5 milligrammes (mg), du Ramipril® 2,5 mg et du Furosemide® 40 mg. Sa pression artérielle était de 110/85 mmHg, sa fréquence cardiaque de 75 battements par minute. L'examen clinique était stable.

L'examen biologique retrouvait une kaliémie à 4,9 mmol/L, une créatininémie à 105 micromoles par litre et un NT-pro-BNP à 2321 picogrammes par millilitre.

La question suivante était posée : « Comment réagissez-vous avec son traitement ? ».

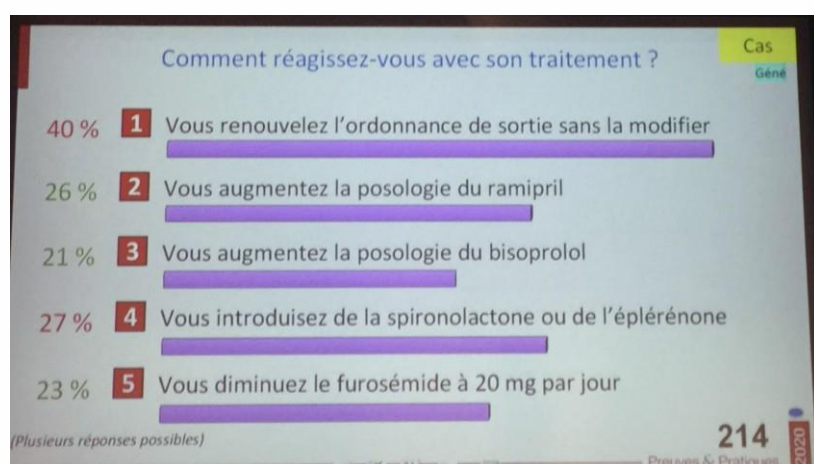


Figure 2 : Les 214 réponses des médecins généralistes présents au congrès Preuves et Pratiques de Lille concernant l'optimisation du traitement de l'insuffisant cardiaque.

La prise en charge de l'insuffisant cardiaque ne semble pas maîtrisée par les généralistes.

7. JUSTIFICATION DU TRAVAIL

L'idée de ce travail est née à partir de constats et d'interrogations au cours d'un stage dans un service de médecine polyvalente. La prise en charge de patients hospitalisés pour décompensation cardiaque était fréquente.

J'ai pu assister à un exposé réalisé par un cardiologue qui m'a sensibilisée sur l'importance de l'optimisation du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque.

Je me suis intéressée à ce sujet et plusieurs faits me sont apparus :

- À l'introduction du traitement de fond recommandé, les consignes de mes supérieurs étaient de prescrire ces molécules à faibles doses, qui seraient augmentées par paliers par le médecin traitant.
- L'utilisation du diurétique de l'anse était prépondérante et la réévaluation du traitement de fond non systématique.
- Des patients à FEVG basse n'avaient ni inhibiteurs de l'enzyme de conversion ni bêta-bloquants.

La littérature me confirmait qu'il existait une problématique. En effet, plusieurs études évaluant la prescription médicamenteuse montraient une insuffisance de prescription en terme d'association de molécules, mais aussi et surtout par rapport aux doses cibles.

Les études ont prouvé depuis plusieurs décennies une amélioration significative en terme de morbimortalité lorsque les traitements sont titrés à dose maximale tolérée.

Les recommandations Européennes [31] et Américaines [32] préconisent l'introduction et la titration des traitements jusqu'à dose cible.

Face à l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance cardiaque et sa lourde morbimortalité, l'optimisation du traitement médicamenteux, et indirectement la lutte contre l'inertie thérapeutique, est un objectif essentiel.

Les médecins généralistes ont été peu évalués sur ce sujet, pourtant un des piliers majeur de la prise en charge.

8. HYPOTHÈSE

Les études ont montré une insuffisance de titration des molécules de l'insuffisance cardiaque. De nombreux facteurs peuvent entraîner la réticence à l'optimisation thérapeutique (les comorbidités du patient, les inquiétudes du praticien quant aux effets indésirables, le manque d'expérience, le manque de relation entre professionnels de santé, ...).

Les médecins généralistes n'ont pas eu la possibilité de s'exprimer sur les difficultés rencontrées.

9. OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRE

L'objectif principal de ce travail est de comprendre les réticences à la prescription des thérapeutiques recommandées et les freins à l'optimisation thérapeutique chez les insuffisants cardiaques chroniques à FEVG réduite de la part des médecins généralistes.

L'objectif secondaire est de recueillir des solutions concrètes et réalisables à l'échelle locale pour optimiser la prise en charge thérapeutique des patients insuffisants cardiaques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. CHOIX DE LA MÉTHODE

Le choix de la méthode s'est porté sur une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes. Qu'elle soit qualitative ou quantitative, la méthode de recherche relève d'une démarche scientifique similaire avec élaboration d'une hypothèse, d'objectifs, et d'une méthode adaptée pour y répondre. La recherche qualitative est appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs.

2. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

- **Prérequis**

Plusieurs variables ont été prises en compte : le sexe, l'âge (qui peut influencer les résultats dans la mesure où la formation médicale diffère selon les périodes), le mode d'exercice, la localisation géographique, la proximité d'un centre hospitalier et d'un cardiologue, la participation aux formations médicales continues, le statut de maître de stage universitaire et enfin le fait d'être équipé ou non d'un électrocardiogramme.

- **Inclusion**

Les médecins généralistes ont été recrutés par entretien téléphonique. Un rendez-vous était convenu, l'enquêtrice proposant de se déplacer dans le lieu et aux horaires les plus pratiques pour le médecin. L'inclusion des médecins a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de contrôler la représentation de chaque classe des variables prédéfinies.

- **Représentativité de l'échantillon**

Les enquêtes qualitatives emploient des échantillons restreints, la qualité des entretiens primant sur le nombre. Le nombre de cas à inclure dans l'étude est défini par la saturation des données qui est obtenue lorsque plus aucune nouvelle notion ne transparaît des entretiens. Dans notre étude la saturation des données a été atteinte au bout de 17 entretiens. Nous avons confirmé cette saturation par deux entretiens supplémentaires.

3. RECUEIL DES DONNÉES

- **Canevas d'entretien**

Un canevas d'entretien semi-directif a été conçu. Il contient des questions ouvertes qui permettent de structurer l'entretien sans diriger le discours. Ce premier canevas a été remanié après le sixième entretien. Les modifications ont porté essentiellement sur la forme.

- **Réalisation des entretiens**

J'ai effectué personnellement les 19 entretiens du 3 décembre 2019 au 21 janvier 2020. Il s'agissait de ma première expérience en tant qu'enquêtrice.

Tous les entretiens se sont déroulés sur le même modèle. Dans un premier temps, l'étude (travail de thèse) et le thème (la prise en charge thérapeutique du patient insuffisant cardiaque chronique à fraction d'éjection altérée par les médecins généralistes) étaient rappelés aux médecins. Ensuite, leur était expliqué le principe de l'enregistrement audio et anonyme. Toutes les interviews ont été enregistrées avec l'accord du médecin.

4. RETRANSCRIPTION DES DONNÉES

La transcription en verbatim (anglicisme signifiant « textuellement », c'est-à-dire « au mot à mot ») était réalisée à la suite de l'entretien. Ils ont été retranscrits dans leur intégralité, de manière objective, sous la forme d'un français parlé. L'intégralité de ce travail est donné en annexe.

5. MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données. Nous avons opté pour la méthode de la théorisation ancrée.

Il s'agit d'une méthode de recherche visant à construire des théories à partir des données et situations de terrain émanant des personnes étudiées en réalisant simultanément l'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse.

Chaque entretien a été analysé une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été regroupés en noeuds (thématiques) qui ont ensuite été divisés en sous-noeuds (sous-catégories). Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois afin d'étoffer le travail.

Pour réaliser cette étude, le logiciel informatique NVivo 12 a été utilisé. Une triangulation par une seconde personne sachant utiliser ce logiciel a été effectuée et les données mises en commun.

6. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en français et en anglais. Elles ont été principalement réalisées avant le début de ce travail afin de connaître au mieux les données actuelles sur le sujet. Les bases de données les plus utilisées ont été : Google, Pubmed et EM-consulte.

RÉSULTATS

1. DONNÉES GÉNÉRALES

19 entretiens ont été réalisés entre décembre 2019 et janvier 2020. La durée des entretiens s'étend de 21 à 45 minutes avec une durée moyenne de 31 minutes par entretien. La lettre E correspond à l'enquêtrice, la lettre M suivi d'un chiffre correspond au médecin (M1 correspond au premier médecin interrogé).

2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale mais de refléter sa diversité.

Sexe des médecins : l'échantillon compte 11 femmes et 8 hommes.

Age des médecins : l'âge se répartit de 27 à 67 ans. La moyenne d'âge est de 44,2 ans. L'échantillon compte 9 médecins de moins de 40 ans, 3 médecins entre 40 et 50 ans et 7 médecins de plus de 50 ans.

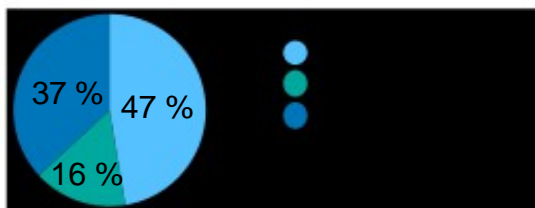


Figure 3 : Proportion selon l'âge

Proportion selon le lieu d'exercice : 9 médecins exercent en zone rurale, 6 en zone urbaine, 4 en zone semi-rurale.

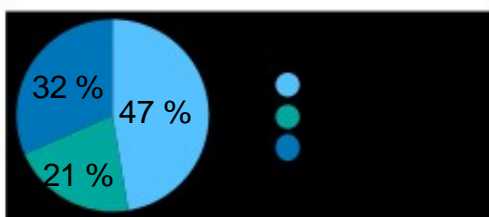


Figure 4 : Proportion selon le lieu d'exercice

Mode d'exercice : 15 médecins exercent en groupe. 4 exercent seuls. -

Proximité d'un hôpital : la distance s'échelonne de 0 à 30 km (moyenne de 11 km).

Proximité d'un cardiologue : la distance s'échelonne de 0 à 30 km (moyenne de 10,1 km).

Équipement par ECG : 4 médecins bénéficient d'un appareil ECG dans leur cabinet (21%).

Participation aux formations médicales continues : 100% y participent.

Médecin « maître de stage universitaire (MSU) » : 8 médecins sont MSU.

3. TABLEAU RÉCAPITULATIF

| | Sexe | Âge | Installation | Mode d'exercice | Localisation | Hôpital | Cardiologue | ECG | FMC | MSU |
|----|------|--------|--------------|-------------------|--------------|---------|-------------|-----|-----|-----|
| 1 | F | 53 ans | 2004 | MSP | Semi rural | 23 km | 23 km | Non | Oui | Oui |
| 2 | H | 67 ans | 1980 | Seul | Urbain | 0 km | 0 km | Non | Oui | Oui |
| 3 | H | 31 ans | 2019 | Cabinet de groupe | Rural | 10 km | 10 km | Non | Oui | Non |
| 4 | H | 37 ans | 2018 | Seul | Urbain | 0 km | 0 km | Non | Oui | Non |
| 5 | F | 43 ans | 2017 | MSP | Semi rural | 23 km | 23 km | Non | Oui | Non |
| 6 | F | 61 ans | 1990 | MSP | Semi rural | 23 km | 23 km | Non | Oui | Non |
| 7 | H | 50 ans | 2005 | Cabinet de groupe | Urbain | 0 km | 0 km | Non | Oui | Oui |
| 8 | H | 66 ans | 1983 | Couple | Semi rural | 30 km | 30 km | Oui | Oui | Non |
| 9 | F | 31 ans | 2019 | Cabinet de groupe | Rural | 10 km | 10 km | Non | Oui | Non |
| 10 | H | 60 ans | 1993 | Cabinet de groupe | Urbain | 0 km | 0 km | Non | Oui | Oui |
| 11 | F | 47 ans | 2019 | Seule | Rural | 10 km | 10 km | Non | Oui | Non |
| 12 | F | 33 ans | 2014 | Cabinet de groupe | Rural | 15 km | 15 km | Oui | Oui | Oui |
| 13 | F | 31 ans | 2018 | MSP | Rural | 10 km | 10 km | Non | Oui | Oui |
| 14 | F | 27ans | 2020 | MSP | Rural | 10 km | 10 km | Oui | Oui | Non |
| 15 | F | 31 ans | 2019 | MSP | Rural | 10 km | 10 km | Oui | Oui | Non |
| 16 | F | 54 ans | 1993 | Cabinet de groupe | Urbain | 0 km | 0 km | Non | Oui | Oui |
| 17 | H | 29 ans | 2019 | Cabinet de groupe | Urbain | 0 km | 0 km | Non | Oui | Non |
| 18 | F | 40 ans | 2013 | MSP | Rural | 24,5 km | 10,5 km | Non | Oui | Oui |
| 19 | H | 32 ans | 2018 | Seul | Rural | 11 km | 7 km | Non | Oui | Non |

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins interrogés

4. ANALYSE THÉMATIQUE DES RÉSULTATS

Les résultats vont d'abord s'articuler autour de quatre thèmes au travers desquels les médecins vont exprimer les difficultés rencontrées pour l'optimisation thérapeutique.

PREMIÈRE PARTIE : PATIENTS, MALADIE, OBSERVANCE ET ÉDUCATION

Dans cette première partie, nous discuterons du patient insuffisant cardiaque, des caractéristiques de cette pathologie, de l'observance et de l'éducation thérapeutique. Plusieurs facteurs influençant la prescription seront identifiés et présentés.

1. LES PATIENTS

Les médecins semblent s'accorder sur le profil de l'insuffisant cardiaque : un patient âgé dont les comorbidités sont légion. Ce profil semble avoir évolué au fil des années. En effet, il y a quarante ans, l'âge des patients dépassait rarement 70 ans, les étiologies étaient essentiellement valvulaires et ischémiques et, à un moindre degré, hypertensives [14].

- Un patient âgé

M2 : « *Moyenne d'âge 75 ans.* »

M4 : « *Plutôt âgés, plus de 60 ans. Parfois évidemment très âgés !* »

M10 : « *Mon plus jeune ça doit être 50 ans et puis ça va jusqu'à plus de 100 ans !* »

- Aux multiples comorbidités

M1 : « *Ancien fumeur, euh... des fois il y a de l'obésité, des gens sédentaires souvent.* »

M6 : « *Fumeur, trop gros, hypercholestérolémie, poly-facteurs de risques.* »

M8 : « *Généralement c'est des gens un petit peu pléthore, qui n'ont pas fait de sport !* »

M11 : « *Diabète, tension, tous les facteurs de risques quoi. Alcooliques aussi parfois !* »

M12 : « *C'est pas forcément des gros, je pense quand même de base il y a une hypertension sous-jacente, probablement pas très très bien contrôlée !* »

M14 : « *Ils sont BPCO, ils ont tous les facteurs de risques cardio-vasculaires !* »

M14 : « *Les facteurs de risques cardio-vasculaires j'ai l'impression qu'il y en a de plus en plus ! Le nombre de gens qui ont déjà fait des SCA c'est impressionnant !* »

M17 : « *C'est pas des insuffisants cardiaques purs, c'est souvent associé à des maladies pulmonaires, des BPCO et donc c'est une prise en charge globale.* »

2. LA PATHOLOGIE

Dans cette partie, les médecins qualifient l'insuffisance cardiaque.

Devant son caractère fréquent, sa lourde morbidité et le fait qu'elle soit sous-diagnostiquée, elle est un enjeu majeur de santé publique.

1. Une prévalence qui augmente

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente.

M4 : « *Tous les jours on en voit des patients comme ça !* »

M17 : « *Oui bien sûr, c'est une grosse pathologie, une pathologie récurrente !* »

L'augmentation de la prévalence peut s'expliquer par l'espérance de vie qui s'accroît.

M4 : « *Je pense qu'il doit y en avoir plus qu'avant, dans le sens où on vit plus vieux.* »

M11 : « *Je pense quand même ouais, avec l'espérance de vie qui augmente.* »

Elle peut aussi être liée à une mauvaise hygiène de vie, notamment alimentaire.

M12 : « *Les gens mangent quand même moins bien qu'avant, donc tout ce qui est salé, mal bouffe tout ça, ça peut quand même y contribuer !* »

2. Un tableau clinique qui évolue

- Une évolution de la morbidité

M16 : « *Leur confort de vie c'est vachement mieux quand même par rapport à y'a 20 ans !* »

- Une diminution des tableaux aigus

Plusieurs médecins témoignent de la diminution des oedèmes aigus pulmonaires.

M6 : « *Je pense que les jeunes médecins ne s'en rendent pas compte mais nous les vieux médecins, 30 ans de médecine générale en campagne, les OAP on n'en voit plus !* »

M8 : « *Alors ça a disparu, il n'y a plus d'OAP !* »

M10 : « *On a moins d'OAP qu'avant, bien évidemment ! Enfin moi qui suis un très très vieux, j'ai connu une époque où il n'y avait pas une garde sans un OAP !* »

Un médecin s'interroge sur l'existence d'un biais lié au développement du SAMU.

M1 : « *Alors est-ce que c'est un biais parce que maintenant il y a le SAMU et que nous, médecin généraliste nous les voyons moins ?* »

- Les progrès thérapeutiques

Plusieurs médecins sont convaincus que cette amélioration du tableau clinique est liée aux progrès thérapeutiques.

M1 : « *C'est des patients ils tiennent avec les médicaments quoi !* »

M4 : « *C'est parce que l'on arrive à les soigner souvent peut être un peu mieux qu'avant !* »

M6 : « *Les progrès de la thérapeutique c'est exceptionnel !* »

M8 : « *C'est le médicament, c'est tout ! On n'avait rien... Les gens tu les traitais mais ils avaient toujours 18 de tension et le captopril est arrivé, là on avait des armes !* »

3. La morbidité et la mortalité

Toutefois, un médecin nous rappelle la lourde morbimortalité de cette pathologie.

M7 : « *Je sais qu'elle est beaucoup plus mortelle que le cancer, 18 mois d'espérance de vie après la première hospitalisation.* »

L'hospitalisation est perçue comme un échec et un facteur de risque de grabatisation.

M7 : « *Et puis lorsqu'ils sont hospitalisés avec un OAP, c'est un relatif échec quoi, ça veut dire... Et l'espérance de vie qui diminue encore !* »

M19 : « *Après on peut la grabatiser.* »

4. Une pathologie sous-diagnostiquée

Plusieurs médecins constatent que cette maladie est sous-diagnostiquée. L'intérêt qui lui est porté est probablement insuffisant. Sa prévalence est sûrement supérieure à celle estimée.

M5 : « *C'est une pathologie qui est un peu laissée de côté, on y pense quand il y a les signes majeurs. On essaie d'y penser mais je pense que l'on n'est pas aussi bon que l'on devrait !* »

M6 : « *C'est sous-diagnostiqué je pense.* »

M13 : « *Je pense, et moi-même, je pense qu'on ne fait pas assez attention !* »

- Sous-diagnostiquée en raison des comorbidités

Notamment pulmonaires, à l'origine d'un retard diagnostic.

M6 : « *On ne saisit pas les signes, car il y a des pathologies associées, il y a un peu de BPCO, un peu de machin.* »

M18 : « *Je pense que sur des patients un peu essoufflés, on va déjà étudier le pneumo.* »

- Sous-diagnostiquée car silencieuse ou confondue avec le vieillissement

Une clinique plus silencieuse et sournoise peut aussi être à l'origine du retard diagnostic.

M17 : « *L'insuffisance cardiaque, on pense toujours à la décompensation cardiaque, le gros tableau mais après c'est vrai qu'il y a des tableaux un peu plus sournois !* »

Les symptômes peuvent être banalisés, à la fois par le patient mais également le médecin. L'interrogatoire a une place importante dans l'évaluation des personnes âgées.

M12 : « *La fatigue chez la personne âgée est peut être trop souvent banalisée !* »

M16 : « *Ils estiment qu'ils sont âgés donc c'est normal !* »

5. Une pathologie peu connue du public, y compris par les patients concernés

L'insuffisance cardiaque et ses symptômes semblent insuffisamment connus.

M7 : « *Il y a une pénétrance faible dans la population.* »

M15 : « *Ils ne savent pas qu'ils sont insuffisants cardiaques, c'est une notion qui est floue, ils ne savent pas ce que ça veut dire !* »

Le patient n'a pas idée de la gravité de la pathologie, rapporte un médecin.

M19 : « *Non, clairement ils ne pensent pas que c'est aussi grave !* »

Pour un autre, cette pathologie peut être comprise par un corollaire simple.

M17 : « *Je pense qu'ils l'ont intégré car ils parlent beaucoup « Mon coeur ne fonctionne qu'à 25% » par exemple. Une fraction d'éjection à 25% on peut faire un corollaire facilement.* »

6. Une pathologie complexe

Plusieurs médecins qualifient l'insuffisance cardiaque de pathologie complexe.

M12 : « *C'est une maladie que je trouve extrêmement complexe ! Ça me paraît insupportable ! Pour moi déjà les cours de physiocard c'était une horreur !* »

M15 : « *C'est une maladie complexe !* »

Ce qualificatif peut être expliqué par une physiopathologie insuffisamment maîtrisée. Il en est de même pour la connaissance du mode d'action des différentes molécules.

M6 : « *Je ne le manipule pas très bien, que ça soit en physiopathologie, pourquoi, pourquoi par exemple l'anti-aldostérone va marcher là plutôt que ça. C'est compliqué dans ma tête.* »

M13 : « *C'est compliqué ! La physiopatho je pense qu'il faudrait que je me remette à jour !* »

M17 : « *C'est une maladie peut-être compliquée parce qu'il y a plusieurs traitements médicamenteux avec des molécules différentes qui agissent différemment !* »

Ce défaut de compréhension semble être un frein à l'optimisation.

Un médecin déclare d'ailleurs être un « mauvais médecin » dans l'insuffisance cardiaque !

M12 : « *Je pense que je ne suis pas un bon médecin pour l'insuffisance cardiaque parce que je ne comprends pas comment ça fonctionne.* »

Certains la trouvent complexe, voire abstraite car ils ne perçoivent pas les objectifs à atteindre. Un médecin la compare à la pathologie diabétique qu'il trouve plus concrète.

M13 : « *Je sais pas comment faire, et quoi surveiller... Qu'est-ce qu'on attend au final ?* »

M16 : « *Autant la diabéto je trouve ça vachement intéressant, les mettre sous insuline par exemple tout ça, là c'est pas du concret !* »

7. Un manque d'intérêt pour l'insuffisance cardiaque

A en lire les propos de ce médecin, il ne semble pas porter d'intérêt à cette pathologie.

M16 : « *Je m'inscris à ce qui m'intéresse. C'était un truc commun, le sujet il était dans le truc, sinon je ne me serais pas inscrite ! [rires]* »

3. LES COMORBIDITÉS DU PATIENT ET L'OPTIMISATION THÉRAPEUTIQUE

- Freins liés aux comorbidités

Les freins à l'optimisation thérapeutique peuvent être liés aux comorbidités du patient (défaillance organique, troubles cognitifs).

M5 : « *Ce qui me dérange c'est avec les insuffisants rénaux, je suis un peu paumée.* »

M15 : « *Pas facile de manier les différentes molécules quand il existe d'autres défaillances !* »

M17 : « *Après il y a les troubles cognitifs qui peuvent se surajouter ! Ça c'est compliqué !* »

- Comorbidités à l'origine de contre-indication aux traitements

Un médecin s'interroge sur la conduite à tenir avec les bêta-bloquants chez un patient asthmatique. L'asthme peut s'avérer être un des facteurs d'insuffisance de prescription.

M17 : « *Je me suis toujours posé la question, un patient asthmatique mais qui est bêta-bloqué aussi, est-ce qu'on continue, est-ce qu'on l'augmente, est ce qu'on...* »

- La méconnaissance du patient

Ne pas connaître suffisamment le patient est un frein à l'optimisation. Le médecin craint de méconnaître une comorbidité qui contre-indiquerait le traitement.

M17 : « *Ne pas assez connaître le patient, parce que c'est difficile ! Je vois un nouveau patient qui m'arrive sans connaître toutes ses pathologies...* »

4. PARTICULARITÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE ET DU DOMICILE

- Des freins à l'optimisation liés à l'âge

L'âge semble être un facteur associé à la sous-prescription thérapeutique.

M6 : « *Ça dépend de l'âge des patients, mais des patients âgés, ils se lèvent la nuit... Avec une petite tension, ils dégringolent.* »

M17 : « *Des patients âgés pour lesquels il faut être précautionneux avec les traitements.* »

- Des freins à l'optimisation liés au mode de vie

Le mode de vie des personnes âgées influe sur la prescription. Cette dernière se verra limitée chez une personne vivant seule et sans surveillance possible.

M6 : « *Les freins sont aussi liés au mode de vie des patients. Une petite dame insuffisante cardiaque qui habite avec son mari et sa fille à côté c'est pas la même chose que le grand-père qui a 86 ans qui vit seul dans sa petite ferme !* »

M18 : « *Quand ils sont en couple déjà c'est différent ! Il y a quelqu'un s'il y a un souci.* »

Le risque de chutes est un facteur majeur limitant l'augmentation du traitement.

M9 : « *Le domicile on connaît, là il y a des marches... On voit déjà tomber puis pouvoir appeler personne !* »

M11 : « *J'en ai qui sont sortis de l'hôpital et qui se retrouvent à des 9-8 de tension, risque de chutes ! C'est-à-dire que nous on a le patient à la maison ! Faut aussi limiter les risques !* »

M15 : « *Si c'est un patient qui est à risque de chutes, qui vit seul, on a parfois peur d'augmenter le bêta-bloquant, que ça occasionne des chutes ! On n'est pas à l'hôpital !* »

M19 : « *Je vais pas augmenter un traitement chez une personne âgée qui peut chuter !* »

- Le manque d'informations au domicile

En se rendant au domicile du patient, le médecin peut manquer d'informations (les dossiers étant souvent informatisés) et oublier les dernières consignes du cardiologue.

M18 : « *C'est un patient que je vois à domicile, donc je n'avais pas forcément le courrier sous les yeux, souvent j'avais un mois de retard sur l'augmentation !* »

M18 : « *C'est sur papier donc on peut pas se mettre des alarmes comme sur un ordi !* »

5. OBSERVANCE, ADHÉSION ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

1. Observance et adhésion

L'observance est la dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite, ce qui englobe le traitement, mais aussi l'ensemble des régimes associés.

L'adhésion thérapeutique s'intéresse au point de vue du patient, à sa coopération active. Elle fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes, le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de son traitement, la motivation des patients à suivre leurs traitements.

Il faut que le patient « adhère » à sa thérapeutique et non pas qu'il « se soumette » uniquement à sa prescription [33].

- Observance et adhésion, facteurs pouvant limiter l'optimisation

Un traitement prescrit n'est pas un traitement pris, constate un médecin.

M9 : « *Je pense que l'observance, on a tendance à trop croire que c'est logique ! On l'a prescrit donc ils le prennent mais en fait non.* »

Certains patients modifient seuls leur traitement, notamment lorsqu'ils ont des tensiomètres. M6

: « *Il y a quand même beaucoup de gens qui ont des tensiomètres donc ils vérifient et dès que la tension est basse, ils arrêtent, ils enlèvent un bout.* »

D'autres ont des croyances erronées sur les médicaments.

Il est donc capital de prendre le temps d'échanger avec le patient et de l'écouter.

M3 : « *Il les mettait dans un stock et ne les prenait pas car il était diabétique et pour lui quand il prenait ce médicament là, bah ça montait sa glycémie.* »

Un médicament qui a entraîné un effet secondaire peut entraver l'adhésion thérapeutique.

M11 : « *Je pense qu'une personne âgée à qui l'on a entraîné un effet secondaire avec un traitement, elle ne va plus forcément vouloir le reprendre !* »

M12 : « *Quand une personne âgée a fait un effet secondaire avec un médicament, elle ne veut plus en entendre parler !* »

- L'absence de consultation des patients

L'optimisation thérapeutique peut ne pas être réalisée faute d'avoir revu le patient.

Certains patients sont réticents au suivi, un manque de motivation freine l'optimisation.

M1 : « *Réticences, à aller voir le cardiologue, n'honore pas toutes ses consultations !* »

M7 : « *Alors un des problèmes, c'est que les gens ils veulent être vus pas souvent et vite.* »

- La consultation pluri-problématique

Du fait du temps nécessaire à l'analyse de chaque plainte, le médecin peut facilement opter pour une prise en charge parcellaire.

La question d'une consultation spécifique « insuffisance cardiaque » peut se poser.

M7 : « *Le problème c'est que là aussi les patients il leur en faut toujours plus... C'est n'importe quoi aussi, les patients sont infernaux c'est aussi un frein.* »

2. Education thérapeutique

Observance et adhésion sont indissociables, elles permettent de comprendre les comportements de santé des patients et ainsi de proposer des démarches éducatives adaptées.

- Un défaut d'éducation, frein à l'optimisation

Plusieurs médecins témoignent d'une éducation qui n'est pas faite, ou mal faite !

M6 : « *C'est un peu notre faute, ou à l'hôpital car ce n'est pas transmis ou parce que l'on n'a pas repris le temps nous de leur redire.* »

M7 : « *Ce qui est compliqué pour le patient c'est de comprendre des choses que l'on ne lui a pas expliqué je pense. Donc peut être que l'on a un défaut d'éducation !* »

- Lié au caractère chronophage de l'éducation

M10 : « *La réticence c'est vraiment la chronophagie d'éducation du patient. L'éducation est vachement importante mais c'est vrai que ça prend beaucoup de temps et c'est pas fait !* »

M19 : « *Eduquer, concrètement on n'a pas assez le temps ! On le fait mais c'est rapide.* »

- La nécessité d'un référent unique

La multiplication des intervenants peut être à l'origine de consignes différentes. Selon un médecin, le discours doit être adapté à chaque patient par un référent unique.

M2 : « *C'est le problème de l'éducation thérapeutique, il y en a un qui va lui dire « vous avez le droit à une saucisse par semaine », l'autre qui a dit « deux », le troisième dit « surtout pas ». C'est la pagaille, on rend les gens anxieux complètement. Il faut qu'il n'y ait qu'un seul référent qui va adapter le discours à chaque cas particulier, à chaque situation particulière. »*

- Expliquer au patient, optimiser le dialogue

Il est important d'expliquer au patient les effets secondaires possibles des traitements.

L'information renforce l'observance, facteur essentiel à l'optimisation du traitement.

M12 : « *Déjà je pense qu'il faut mentionner les effets indésirables de chaque médicament si on est amené à les augmenter. »*

Un médecin rappelle l'importance du dialogue avec le patient.

M8 : « *C'est à nous d'adapter les choses, si on dit « non, ça sera ça, rien d'autre », il n'y aura pas d'observance. C'est à nous de garder le contact, qu'il sente que c'est un dialogue et non un monologue ! Ça crée une relation, on va être beaucoup plus proche du patient. »*

DEUXIÈME PARTIE : LES RECOMMANDATIONS, LA FORMATION

Nous observerons que l'attitude des médecins généralistes face aux recommandations peut être à l'origine d'un défaut d'optimisation. Nous discuterons ensuite de la formation et identifierons plusieurs problématiques qui entraveraient également l'optimisation.

1. LES RECOMMANDATIONS

- Adhésion aux recommandations

Certains médecins adhèrent totalement aux recommandations. L'un d'eux en mesure l'efficacité sur sa pratique quotidienne : l'espérance de vie semble optimisée.

M4 : « *Je fais confiance aux études, s'il y a de nouvelles recommandations, je ne suis jamais contre, s'il y a des nouvelles études c'est comme ça, la médecine évolue. »*

M7 : « *Je m'acharne à essayer de les traiter de manière optimale parce que réellement j'ai l'impression que je les survis plus. Je pense que l'on peut optimiser l'espérance de vie. »*

La pratique de la médecine varie t-elle en fonction de l'âge du praticien ? Les jeunes médecins seraient-ils plus adhérents aux recommandations ?

M7 : « *Je pense que les jeunes médecins seront plus adhérents aux recommandations.* »

- La diffusion des recommandations

La mauvaise diffusion des recommandations est mise en avant par les médecins.

M5 : « *Alors ça, elles n'arrivent pas !* »

M9 : « *On a l'impression que c'est à nous d'aller chercher, et on n'a pas le temps !* »

- Evolution des recommandations

Un médecin rappelle l'évolution de la prescription des bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque, anciennement contre-indiqués. On peut se demander s'il existe un frein à la prescription lié à l'évolution de ces recommandations.

M2 : « *C'était interdit, moi au moment de mes cliniques celui qui disait ça il était recalé !* »

- Mauvaise adhésion aux recommandations

Certains médecins ne semblent pas appliquer ces directives et s'en remettent à leurs propres impressions pour ce qui est du meilleur traitement à préconiser.

M2 : « *Par expérience, j'ai vu pas mal de patients insuffisants cardiaques qui n'étaient pas trop mal, on reçoit la lettre du cardiologue, il faudrait faire ceci, cela, on change et là ils ne vont pas bien alors qu'ils étaient bien ! Je pense que l'on a un vécu différent sur le long terme de toutes ces variations thérapeutiques purement théoriques dans bien des cas.* »

M2 : « *Vouloir être perfectionniste en matière d'insuffisance cardiaque, je ne suis pas convaincu, sur quelqu'un qui va bien, que vouloir absolument introduire des tas de trucs ça soit si bien que ça ! On varie que sur le diurétique et ça va bien, sans aller chercher d'autres trucs complexes !* »

Certains ne croient pas aux recommandations, constate un médecin.

M7 : « *Je crois qu'ils ne croient pas aux recommandations. Je pense qu'ils n'adhèrent pas.* »

Il existe un probable manque de prise de conscience de l'importance de l'augmentation posologique, qui peut être lié à un manque de connaissances du bénéfice thérapeutique.

M9 : « *On n'est pas informé du réel bénéfice du traitement à dose maximale tolérée !* »

M14 : « *Ouais parce qu'ils ne voient pas le bénéfice.* »

- Des recommandations oubliées

Plusieurs médecins rapportent un oubli des recommandations.

M13 : « *Je pense vraiment que c'est parce que les médecins ne sont pas à jour ou ils l'ont appris mais ils l'ont oublié en fait, et c'est pas redit... Donc bêtement on sait plus !* »

- Des recommandations non connues

D'autres médecins ne connaissent pas les recommandations !

M2 : « *Je dois être encore sur un truc d'il y a dix ans [...] c'était l'ANAES à l'époque !* »

M2 : « *Si on veut agir sur les symptômes c'est le diurétique, après pour les rechutes peut-être l'IEC, en fait je sais pas.* »

M12 : « *Je suis vraiment zéro là !* »

- Des recommandations non suivies

Un médecin pense que certains ne suivent pas les recommandations, connues ou non.

M7 : « *Beaucoup de médecins font une médecine sans suivre les recommandations.* »

2. RISQUE ENCOURU PAR L'INSUFFISANCE D'OPTIMISATION

Les médecins relèvent une insuffisance en terme de prescription de molécules et de dosage.

M14 : « *Quand j'étais en polymed, il y avait des patients qui arrivaient en insuffisance cardiaque et qui avaient des doses de Lasilix juste énormes ! Et qui n'avaient parfois ni IEC, ni bêta-bloquant, ils avaient juste du Lasilix tout seul tu sais !* »

M17 : « *La dernière fois, c'était l'augmentation du bisoprolol, il y avait une titration à faire et il s'était retrouvé aux urgences entre deux, la titration n'avait pas été faite ! On a l'impression qu'il y a des patients qui restent comme ça et puis finalement on ressort un courrier de cardio qui date de 1 an ou 2 ans et il n'y a rien qui a été fait !* »

L'inertie thérapeutique est à l'origine d'un risque pour le patient.

M7 : « *Pendant un an et demi il n'est pas à l'optimum, il peut décompenser, voire mourir.* »

3. LA FORMATION

- Le large champ de la médecine générale

La médecine générale aborde de multiples et vastes domaines. L'insuffisance cardiaque est donc en « concurrence » avec d'autres pathologies.

M5 : « *C'est à nous de nous former, de connaître les recommandations mais ça peut arriver qu'on ne les connaisse pas forcément ! On doit les connaître dans tous les domaines !* »

M9 : « *Je n'irais pas de moi même vérifier s'il y a des dernières recommandations sinon j'ai l'impression que je pourrais passer mes week-end à ça ! Le champ est tellement large !* »

- Une formation qui n'est pas optimale

Un médecin estime ne pas avoir acquis les connaissances suffisantes lors de sa formation notamment pour le suivi des pathologiques chroniques.

M9 : « *L'enseignement théorique que l'on a eu, je trouve que j'en ai pas ressorti assez de formation sur les chroniques.* »

La formation en non présentiel ne semble pas être la forme la plus adaptée.

M12 : « *Le DPC informatisé donc en non présentiel c'est pas terrible ! Je fais ça au dernier moment, en mode clac clac clac clac ! Il y a plein de questions, il y a besoin de réponses !* »

Certains médecins semblent avoir reçu de mauvaises informations (par exemple : interdiction de titrer les bêta-bloquants).

M9 : « *J'avais appris pendant mes stages, en gros bêta-bloquant même pour hypertension tout ça, on n'y touche pas, c'est le cardio qui mettra s'il veut mais n'y touchez pas.* »

M10 : « *Ce sont eux qui sont obligés de titrer, on n'a pas le droit de le faire normalement !* »

- Des médecins qui ne se forment pas

Malheureusement, tous les médecins ne semblent pas se former.

M10 : « *Tu sais bien que c'est toujours les mêmes qui se forment !* »

M18 : « *Des médecins qui ne veulent pas se former ça, je pense qu'il y en aura toujours !* »

- Les médecins m'interrogent au cours des entretiens

Ces questions traduisent un manque de connaissances, mais révèlent leur désir d'être formé.

Au sujet de la titration :

M1 : « *Il y a moins de décompensations ? Et quelle fréquence, quel délai ?* »

M9 : « *Mais en pratique fait-on les deux d'un coup tous les 15 jours ? Combien est la dose maximale ? Et quand est mis le contrôle biologique ?* »

Au sujet de la surveillance de la pression artérielle :

M9 : « *Comment faire avec la tension ?* »

M13 : « *Ils ont une barrière les cardio ?* »

- La formation via les courriers des cardiologues

Certains médecins mettent en avant le côté formatif des courriers des cardiologues.

M2 : « *Il y en a un, il explique à chaque fois, et puis ça nous sert de formation en plus.* »

M9 : « *J'aime bien les lire complètement parce que tu apprends plein de trucs dedans. J'avais une patiente qui allait pour un contrôle et en fait elle avait une fraction hyper basse, mais elle n'était pas symptomatique du tout et dedans elle marque « je pense qu'elle a été protégée par sa pleine dose depuis des années », mais que l'on avait mis à la base pour de l'hypertension !* »

TROISIÈME PARTIE : ATTITUDES DU GÉNÉRALISTE DANS L'OPTIMISATION THÉRAPEUTIQUE Les différents thèmes abordés vont nous permettre d'identifier les freins à la prescription des thérapeutiques recommandées ainsi que les freins à l'optimisation thérapeutique propres au médecin. Nous discuterons de la titration et des problématiques qu'elle soulève.

1. LA PRESCRIPTION DES THÉRAPEUTIQUES RECOMMANDÉES

1. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion

- Peu de réticences à la prescription de cette molécule

Les médecins ne semblent pas décrire de réticences à la prescription d'un IEC.

M4 : « *Moi je ne me sens pas très réticent, les IEC c'est un traitement comme un autre.* »

M9 : « *Je n'aurai pas de réticences à l'augmenter s'il est bien supporté.* »

M16 : « *L'IEC c'est pas un souci !* »

M17 : « *Non... L'IEC pour moi c'est un médicament qui ne peut pas être délétère !* »

Moins de réticences qu'avec les bêta-bloquants.

M4 : « *Je vois pas pourquoi je m'empêcherais de toucher à un IEC, plus le bêta-bloquant.* »

Un des freins pourrait être l'utilisation de ce traitement chez l'insuffisant rénal.

M5 : « *Ce qui me dérange c'est avec les insuffisants rénaux, je suis un peu paumée, avec des gens qui ont une part fonctionnelle d'insuffisance rénale avec leur IEC.* »

- Les prescriptions sont parfois favorisées par d'autres pathologies

Une dose cible plus souvent atteinte en cas d'hypertension artérielle associée ?

M15 : « *L'IEC je l'ai fait cet après-midi parce qu'il est insuffisant cardiaque et que sa tension est déséquilibrée, donc je l'ai plutôt fait pour la tension !* »

2. Les bêta-bloquants

- Une mauvaise image des bêta-

bloquants

M9 : « *Les bêta-bloquants c'est un peu la bête noire.* »

M12 : « *Les bêta-bloquants n'ont pas bonne presse !* »

- Une hésitation à initier ou modifier le traitement

Les médecins semblent présenter une hésitation (voire une peur) à initier ou modifier le traitement. Une des raisons peut être la crainte des effets secondaires.

M3 : « *C'est vrai que les bêta-bloquants on a toujours peur d'augmenter la dose.* »

M4 : « *Ça m'embête toujours de les initier.* »

M13 : « *Le bêta-bloquant, j'ai peur de faire des bêtises en y touchant trop !* »

M17 : « *Un patient asthmatique, est-ce qu'on continue, est-ce qu'on l'augmente ?* »

- La méconnaissance des molécules

La méconnaissance des bêta-bloquants peut s'avérer être un frein, rapporte un médecin.

M4 : « *Je pense que c'est plus la peur ou la méconnaissance des différents bêta-bloquants !* »

3. Les anti-aldostérones

- Un médicament qui semble peu prescrit

M3 : « *J'ai vraiment très très très peu de patients qui sont sous anti-aldostérone.* »

M6 : « *Je ne suis même pas sûre d'en avoir un ou deux.* »

- Dont la place n'est pas bien définie

M15 : « *Euh... dans mes arbres décisionnels il n'a pas beaucoup de place en fait !* »

4. Les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine

- Un médicament qui semble encore assez inconnu

Les médecins ne semblent pas connaître son indication.

M1 : « *C'est sur les reins, ça agit sur les reins ? C'est quoi ?* »

M2 : « *Je ne peux pas dire que je connais l'indication.* »

M3 : « *C'est les antagonistes de l'angiotensine et ... je sais plus ... nicaramachin quoi.* »

M9 : « *De nom... Je n'ai pas encore eu de patients sous Entresto, même en remplacements.* »

- Un médicament efficace

Un médecin l'a mis en place avec le cardiologue et décrit une efficacité remarquable.

M8 : « *Ça marche très très bien, ce n'est plus les mêmes ! Et ça les aide, ça les motive à faire attention, même dans le régime alimentaire, car ils se sentent mieux. Surtout chez des personnes parfois âgées, qui perdent un peu espoir ! C'est génial !* »

5. Le diurétique de l'anse (Lasilix®)

- Principal traitement pour certains médecins

A la différence du traitement de fond, il semble plus largement prescrit.

M2 : « *Moi j'avoue que je travaille sur le diurétique c'est tout.* »

M3 : « *En général le traitement de fond ce n'est pas moi qui vais l'instaurer ou le modifier. C'est plus celui-ci que moi je vais manier comme traitement.* »

Un médecin le qualifie de « meilleur traitement ». Il est intéressant de constater que ce médecin déclarait également ne pas connaître le traitement « des rechutes ».

M2 : « *C'est vraiment le meilleur traitement... Bien avant les autres traitements !* »

M2 : « *Si on veut agir sur les symptômes c'est le diurétique, après pour les rechutes peut être l'IEC, en fait je sais pas.* »

- Parfois prescrit à visée de réassurance

Un médecin lui confère un caractère rassurant.

M17 : « *Ça me rassure et ça permet d'éviter des décompensations mais c'est pas bien !* »

- Une place mal définie

Un médecin ne semblait pas savoir qu'il s'agissait d'un traitement ponctuel.

M12 : « *D'après ce que je comprends maintenant, c'est pas vraiment le traitement de fond !* »

- Un médicament pourvoyeur d'effets secondaires

M12 : « *Ça m'embête toujours par rapport à ses effets secondaires sur la fonction rénale.* »

M14 : « *Tu vois je trouve que le Lasilix ça donne plus d'effets secondaires qu'autre chose !* »

M15 : « *Entre les variations sur la natrémie, la kaliémie, il y a pas mal d'effets secondaires!* »

- Remise en question de l'utilisation du diurétique de l'anse

Certains ne semblent pas ajuster la dose après disparition des manifestations congestives.

M7 : « *On essaie d'arrêter le Lasilix, ce qui est rarement fait par les médecins généralistes.* »

M8 : « *Le fameux Lasilix 500, qui n'est peut être pas toujours réévalué ! C'est le seul traitement que l'on avait à l'époque ! Ça a tellement changé ! Si on ne se met pas à jour...* »

M15 : « *Il y a des patients qui sont sous des Lasilix 20 depuis je ne sais pas combien de temps, qui sont secs, on se demande pourquoi il y a ce petit 20 ou 40 qui traîne ! [rires]* »

2. LES EFFETS SECONDAIRES

- La chute tensionnelle

La chute tensionnelle semble être le principal effet secondaire limitant l'optimisation.

M2 : « *En dessous de 10, c'est difficile d'augmenter le diurétique ou l'IEC.* »

M7 : « *Je pense que l'un des principaux freins c'est la baisse de la tension artérielle. C'est-à-dire que le problème c'est qu'ils baissent leur tension en même temps que l'on augmente les médicaments, ça fait peur à beaucoup de médecins.* »

Le but étant d'éviter la chute chez la personne âgée.

M4 : « *A 90 ans, je n'aime pas trop qu'ils soient en dessous de 11/12. Je pense qu'au delà ça va plutôt être néfaste, il va avoir tendance à faire des chutes, plus iatrogène qu'autre chose.* »

M18 : « *Un patient qui vit tout seul à domicile, quand il est déjà à 11 de tension... Plus bas on se dit bah mince s'il descend en dessous, il est tout seul... La chute...* »

Pour certains, c'est la tolérance à laquelle ils prêtent attention. Ils ne sont donc pas réticents à l'optimisation lorsque le patient ne présente pas de symptômes d'hypotension.

M5 : « *En dessous de 10, s'il a pas de symptômes d'hypotension, je laisse sans problème.* »

M13 : « *Un petit 10-10,5 s'il tolère bien, ça ne me choque pas ! Je m'en fous un peu !* »

Pour un médecin, savoir tolérer une petite tension asymptomatique semble être « le secret » ! M7

: « *Je pense que l'un des principaux freins c'est la baisse de la tension artérielle, que moi je néglige complètement. Elle peut être basse, si elle est asymptomatique je n'y prête pas attention, je pense que c'est ça le secret.* »

- L'insuffisance rénale

C'est un effet secondaire possible, qui ne semble pas être un réel frein à l'optimisation.

M2 : « *S'il commence à descendre en dessous de 30 je vais commencer à arrêter.* »

M3 : « *Après ça dépend s'il est déjà insuffisant rénal ou pas, mais si je vois que je dégringole d'une catégorie, par exemple léger à modéré, je vais commencer à lever le pied sur l'IEC.* »

- Les autres effets secondaires

La crainte d'une bradycardie peut être un facteur limitant la prescription des bêta-bloquants.

M19 : « *Fréquence cardiaque aussi parce que des fois, y'en a qui chutent en fréquence cardiaque donc on lève un peu le pied !* »

La dyskaliémie est peu rapportée par les médecins.

M2 : « *C'est la tension qui chute et puis un potassium...* »

Hormis la baisse de la pression artérielle qui pourrait engendrer des chutes notamment chez la personne âgée, les effets secondaires ne semblent pas perçus comme des freins à l'optimisation thérapeutique. D'autant que la surveillance est possible.

M6 : « *De toute façon après c'est juste de la surveillance, donc on peut !* »

M10 : « *Oui bah ça c'est surveillé, il n'y a pas vraiment de problèmes !* »

- La surveillance, frein pour le médecin

Finalement le frein résiderait davantage dans le côté « contraignant » de la surveillance.

M2 : « *Mais je vais pas doser une semaine puis une semaine... C'est pas réalisable.* »

M15 : « *Des contrôles plus rapprochés, ça c'est ce qui pourrait être réticent pour moi.* »

3. L'ABSENCE D'ÉLECTROCARDIOGRAMME (ECG), FREIN À L'OPTIMISATION ?

L'absence d'ECG semble être un facteur limitant la prescription.

M2 : « *Alors pour le bêta-bloquant, moi c'est parce que je n'ai pas d'ECG. »*

M7 : « *Comme je n'ai pas d'ECG, je ne mets pas de bêta-bloquant. »*

La question de ce qu'ils attendent de l'ECG est posée. Les réponses sont parfois floues.

M2 : « *Je voudrais voir s'il n'a pas de trouble de conduction ou un truc comme ça quoi... ! »*

M3 : « *Bah euh... Euh... C'est bien, c'est une bonne question [rires], bah euh... ! »*

M5 : « *Je pense que c'est par méconnaissance, je me dis, est-ce que je ne passe pas à côté de quelque chose que je ne connais pas. »*

Malgré la présence d'un ECG, un médecin préfère adresser le patient au cardiologue pour instaurer le traitement. On peut se demander si l'absence d'ECG est un frein réel.

M8 : « *Comme maintenant on est tellement débordé et malheureusement le temps qu'on met à faire un électro et tout le machin donc je dis tant pis je laisse tomber j'envoie chez le cardiologue, moi je n'aime pas les instaurer moi-même ! »*

4. FREINS À L'OPTIMISATION THÉRAPEUTIQUE LIÉS AU MÉDECIN TRAITANT

Nous allons observer les différentes attitudes et facteurs liés au médecin à l'origine d'un défaut d'optimisation thérapeutique.

- Une attitude d'attente

Un médecin semble adopter une attitude d'attente (l'attente d'une nouvelle poussée, de symptômes plus gênants) avant de se poser la question de l'optimisation thérapeutique.

M1 : « *A la décompensation suivante, si le patient est de plus en plus essoufflé. »*

- Une attitude de délégation de la prescription

Certains estiment que le traitement de fond de cardiologie est du ressort du spécialiste.

M15 : « *Ça fait partie du traitement de fond, c'est le cardiologue qui modifie le traitement ! »*

M16 : « *Il va chez le cardio donc je fais vraiment confiance au cardio ! »*

M18 : « *Souvent si c'est des patients qui sont suivis par le cardiologue, je me dis bon c'est quand même lui qui le suit donc c'est à lui de voir si il faut changer les molécules ou pas. »*

- La stabilité clinique

La non modification du traitement tient à l'état clinique stable du patient. Dans cette situation, une mauvaise adhésion ou connaissance des recommandations est possible. La logique thérapeutique est de poursuivre l'augmentation jusqu'à la dose cible.

M2 : « *D'expérience, on est convaincu que sur quelqu'un qui va bien, qu'il ne faille pas absolument faire de la théorie et dire il va peut être protéger son coeur ultérieurement.* »

M4 : « *La difficulté c'est de se dire toujours d'augmenter les doses quand les patients ne se plaignent de rien, je pense que les médecins ils auront tendance à ne rien toucher.* »

M11 : « *C'est vrai qu'un patient stabilisé avec son traitement, on n'a pas envie de changer !* »

- La difficulté d'expliquer au patient

Certains expriment une difficulté à dire au patient qu'il faut augmenter le traitement malgré la stabilité clinique. Ils appréhendent probablement l'incompréhension qu'aura le patient. Une autre condition semble essentielle : que le médecin soit convaincu du bénéfice apporté.

M4 : « *C'est vrai que c'est difficile de changer les choses, de dire au patient, voilà on va augmenter, alors qu'ils ne se plaignent de rien, qu'ils vont bien comme ça.* »

M18 : « *La difficulté de dire à un patient on vous met un traitement mais vous allez bien ! C'est très compliqué, il y a quand même aujourd'hui des réticences à la mise en place des médicaments. Donc oui je pense qu'inconsciemment même si probablement les patients en leur expliquant ils diraient oui mais pour nous je pense que c'est quand même difficile !* »

- La crainte de la iatrogénie

La crainte de la iatrogénie est un frein à l'optimisation. Beaucoup de patients restent à des doses faibles qui seront tolérées (et souvent rassurantes pour le médecin) et ne seront pas augmentées à des doses ressenties comme dangereuses.

M1 : « *On a peur de créer un dysfonctionnement.* »

M3 : « *Non, s'il n'y a aucun symptôme, non... Je risquerai de faire pire.* »

M11 : « *C'est vrai que moi je le fais pas, j'ai peur quoi...* »

- Des freins liés à l'oubli

Certains médecins oublient les recommandations, oublient de poursuivre la majoration...

M1 : « *J'apprends et puis j'oublie. Ça revient pas forcément quand je suis devant le patient.* »

M17 : « *On augmente peut être la première fois et puis on oublie !* »

- Les médecins n'y pensent pas

D'autres praticiens déclarent ne pas avoir le réflexe d'y penser !

M1 : « *Je n'y pense pas... Je n'y pense pas forcément...* »

M5 : « *Je pense que je n'ai pas le réflexe d'y penser. En fait je pense que je ne pense pas suffisamment à la partie « prévention, traitement maxi ». »* »

- Des freins liés à un manque de maîtrise, d'expériences

M1 : « *L'insuffisance cardiaque c'est sûr que je sens que je ne maîtrise pas bien l'affaire.* »

M9 : « *Il y a aussi un manque d'expériences.* »

M9 : « *On n'a pas eu l'habitude et du coup comme je ne connais pas, je ne veux pas faire.* »

M12 : « *J'ai du mal à toucher au traitement car je suis frileuse et que je ne maîtrise pas !* »

- Des freins liés à un manque de confiance

M1 : « *Manque de confiance... J'ai l'impression que je ne domine pas assez le sujet.* »

- Des freins liés à un manque de directives...

Les médecins relatent un manque de consignes, qui contribue à l'inertie thérapeutique.

M12 : « *J'ai pas l'impression que l'on ait eu un protocole sur l'ordonnance de sortie !* »

M13 : « *C'est juste que là je sais pas comment faire, et quoi surveiller quoi...* »

M16 : « *Mais moi j'ai pas de protocole quoi !* »

- Mais également un manque de connaissances

Certains reconnaissent le manque de connaissances comme facteur responsable d'une insuffisance de prescription.

M4 : « *Je pense que c'est par rapport aussi à une méconnaissance des bêta-bloquants.* »

M5 : « *Je pense que c'est un manque de connaissances, faut être franc.* »

- Ce manque de connaissances peut être lié à un manque de formation

L'information sur l'insuffisance cardiaque n'est pas assez importante.

M9 : « *Je trouve que l'on n'a pas assez de formations là-dessus !* »

- La prise décisionnelle

La prise décisionnelle semble plus complexe lorsque le médecin travaille seul.

La communication ainsi que les formations interdisciplinaires ont une place essentielle.

M11 : « *Et puis je suis toute seule, c'est dur parfois de prendre une décision.* »

5. LA TITRATION

1. La titration, une notion inconnue et ambiguë

C'est une notion qui semble inconnue pour certains médecins.

M12 : « *Ça je n'ai pas du tout notion qu'on peut titrer un traitement de fond !* »

M14 : « *J'avais jamais entendu parler de ça !* »

L'un d'eux déclare savoir qu'il faut augmenter le traitement par paliers. Cependant il n'y associait pas le terme de titration. Est-ce la sémantique qui pose problème ?

M15 : « *Le terme, ce terme là, je ne l'ai jamais entendu, mais je sais qu'il faut augmenter progressivement par paliers.* »

2. La dose maximale tolérée, une notion évasive

Ce terme vague semble gêner plusieurs médecins. Ils s'interrogent sur ce qu'est le maximum.

M4 : « *A la base oui, il faut augmenter au maximum, mais ça veut dire quoi au maximum ?* »

M6 : « *Je l'avais entendu mais je me disais c'est quoi maximale ? Jusqu'où tu vas ?* »

M9 : « *Combien est la dose maximale ?* »

Pour d'autres, la logique thérapeutique est de poursuivre l'augmentation jusqu'à dose cible en fonction de la tolérance du patient qui est le seul facteur limitant.

M7 : « *Donc en fait le maximal toléré c'est les vertiges et les chutes, c'est ma seule limite, je ne regarde pas les chiffres !* »

M14 : « *C'est les effets secondaires ! Donc il faut bien l'expliquer au patient aussi !* »

3. Freins à la réalisation de la titration

- Le côté prenant pour le médecin

Le manque de temps est un frein à la réalisation de la titration.

M3 : « *Si je demande à mes patients de me voir toutes les 2 semaines, il y a d'autres personnes que je ne pourrais pas voir.* »

M16 : « *Là prendre un rendez-vous pour dans 15 jours, c'est une place d'urgence là !* »

M19 : « *En ville on ne peut pas ! Il y a trop de monde, on ne peut pas, c'est impossible !* »

- Le côté contraignant pour le patient

La titration, afin que le patient reste observant, doit ne pas être trop contraignante.

M5 : « *Le fait de devoir faire revenir les patients et de les voir pour le contrôle, ça des fois c'est compliqué. Il y a le côté contraintes.* »

M18 : « *Faut pas que ça soit trop contraignant pour le patient.* »

4. La titration est parfois réalisée sur de longs délais

Plusieurs questions peuvent se poser lorsque les médecins réalisent une titration en espaçant les paliers de plusieurs mois : est-ce lié à un manque de temps, un manque de connaissances ?

M8 : « *J'augmente tous les 3 mois.* »

M15 : « *Je vais facilement attendre 2, 3 mois. Je pense que j'attends trop !* »

5. Une titration réalisée par certains médecins

Il convient de remarquer qu'elle est réalisée et réalisable. Les médecins rappellent d'ailleurs un principe essentiel de l'augmentation posologique : procéder de manière progressive.

M4 : « *Moi ça m'arrive souvent. Alors je leur dis, là je vais vous surveiller 2-3 mois. Après je vous laisserai tranquille une fois équilibré. Alors là je ne vois pas le problème.* »

M11 : « *En allant tout doucement on a réussi à passer à la dose maxi !* »

M15 : « *Si on augmente doucement voilà ça se passe souvent bien !* »

6. LA CHARGE DE TRAVAIL DU MÉDECIN

Le manque de temps lié à la charge de travail est un facteur à prendre en compte dans l'inertie thérapeutique (défaut d'éducation, défaut de titration...).

M1 : « *C'est peut être aussi la charge de travail.* »

M7 : « *On est quand même débordés.* »

M19 : « *Éduquer, concrètement on n'a pas assez le temps !* »

Dans cette partie, nous aborderons plusieurs thèmes : l'accessibilité au cardiologue, les attentes et critiques du médecin généraliste envers le cardiologue, le rôle du médecin traitant, la communication. Nous identifierons de nouveaux freins à l'optimisation thérapeutique.

1. L'ACCESSIBILITÉ AU CARDIOLOGUE

- Un suivi cardiologique pas toujours optimal

Certains patients n'ont pas de suivi cardiologique, constate un médecin. Il faut veiller à ce que ce suivi soit réalisé malgré la complexité d'accès.

M14 : « *Les patients n'ont parfois pas vu de cardio depuis 5 ans !* »

- Un accès complexe chez le cardiologue

Les médecins témoignent de longs délais pour obtenir un rendez-vous chez le cardiologue.

M2 : « *Très difficile, c'est un vrai problème même dans une ville.* »

M3 : « *C'est de pire en pire... Là si je veux qu'un patient soit réévalué c'est bien 4 mois !* »

M19 : « *On a des délais beaucoup trop longs entre guillemets pour le cardiologue !* »

- L'absence de contacts spécialistes

Certains jeunes installés ne connaissent pas de cardiologue. Le fait de n'avoir aucun correspondant en cas de problèmes les freine dans leur intention d'optimiser le traitement.

M3 : « *Je suis jeune installé, j'ai pas encore de contacts pour avoir tout de suite un avis cardiologique ou avoir la possibilité qu'un cardiologue le voit.* »

M9 : « *Après je viens de m'installer et je n'ai pas encore trop de réseaux !* »

- Une différence d'accessibilité en fonction du territoire

L'accès aux soins semble inégal. On peut se demander si l'éloignement géographique d'un centre hospitalier ainsi que le caractère rural de l'exercice ont un impact sur la pratique.

M10 : « *Ici on est à deux doigts des cardiologues, on serait à 10 kilomètres... Quand on est en pleine campagne, c'est peut-être différent !* »

- Conséquences du défaut d'accessibilité

Pour tenter d'éviter une perte de chance au patient, certains médecins décident d'instaurer le traitement avant la consultation cardiologique, malgré la prise de risques ressentie.

M8 : « *Les accès des fois sont difficiles et de plus en plus on met la main à la patte pour démarrer qu'on ne faisait pas avant.* »

M19 : « *Les délais sont de plus en plus longs maintenant chez le cardiologue, il y a des cardiologues c'est un an, on n'attend pas un an ! Oui des fois on prend des risques !* »

M19 : « *On prend de plus en plus de risques malheureusement !* »

L'appréhension de ne pas réussir à joindre le cardiologue joue dans la décision thérapeutique. M3

« *S'il y a un souci on n'a pas accès à un cardiologue. Comme je n'ai pas cette possibilité d'avoir un cardiologue rapidement, on réfléchit bien avant de modifier le traitement.* »

2. CRITIQUE DES PRATIQUES DES CARDIOLOGUES

- Un manque d'explications

Les médecins déplorent l'absence d'explications dans les courriers.

M5 : « *Il y a des courriers de cardio super bien, et d'autres où il n'y a pas grand chose !* »

M16 : « *Il augmente sans nous expliquer le pourquoi du comment !* »

M19 : « *Généralement ils nous le disent pas clairement !* »

- Une différence en fonction de l'âge du cardiologue ?

Un médecin constate des consignes plus détaillées de la part des jeunes cardiologues.

M12 : « *Après je pense qu'il y a quelques cardio peut-être un peu vieillissants, un peu moins au taquet, mais je pense que la jeune génération c'est très détaillé !* »

- Des prises en charge différentes en fonction des spécialistes ?

Un médecin a l'impression que le protocole thérapeutique varie entre chaque spécialiste.

M2 : « *Aucun n'a le même concept. On a l'impression que chacun fait sa cuisine.* »

3. LES ATTENTES DU GÉNÉRALISTE ENVERS LE CARDIOLOGUE

- Des explications et des directives

Les médecins généralistes apprécient de recevoir explications, conseils et directives quant à la conduite à tenir pour le suivi du patient qu'ils vont alors effectuer de manière plus régulière.

M2 : « *Moi ce que j'aime bien chez un cardiologue c'est qu'il explique pourquoi. [rires]* »

M4 : « *Son rôle est de donner des directives pour le suivi plus régulier que l'on effectue.* »

M5 : « *Ce que l'on veut c'est : tous les combien de temps on les surveille ? Quand est-ce que vous voulez le revoir et quand est-ce que je m'affole ?* »

M5 : « *Donc c'est plus ça que je veux voir dans les comptes-rendus : « Je veux le revoir à tant, moi dans l'intervalle mon objectif c'est que vous me le mainteniez à tel tel truc... ».* »

M15 : « *Que le cardiologue note une petite phrase à la fin de son courrier, parce que souvent ils mettent « augmenter »... Par exemple : augmenter jusqu'à bonne tolérance de tant...* »

- L'optimisation de ces mesures pourraient avoir des conséquences positives

Le cardiologue serait moins dérangé rapporte un médecin.

M4 : « *Je ne dis pas de faire un courrier de 2 pages, mais des fois plutôt des petites consignes sur ce qui peut se passer et ce qu'il faut faire. D'ailleurs on le dérangera moins.* »

Le médecin travaillerait dans un climat de sécurité.

M5 : « *Peut-être que le cardiologue il pourrait nous dire je voudrais ça avec ça à tel tel mois etc... Et dans ce cas, nous bossons avec plus de sécurité !* »

4. RÔLE ET PLACE DU MÉDECIN TRAITANT DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

1. Rôle du médecin traitant

- Un rôle fondamental dans l'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque exige un suivi régulier, une coordination des soins. Le médecin traitant a un rôle central dans cette pathologie relate un médecin.

M7 : « *Je pense que les généralistes ont un vrai rôle dans l'insuffisance cardiaque, ils améliorent l'espérance de vie et la qualité de vie. Ils améliorent tout de leurs patients en étant bien informés et en manageant bien le traitement.* »

M7 : « *Le cardiologue il est là pour expertiser, pour donner la conduite à tenir au fil de l'eau, mais le fil de l'eau c'est le médecin généraliste qui doit le faire dans l'insuffisance cardiaque. Beaucoup plus dans l'insuffisance cardiaque que dans n'importe quel autre domaine !* »

- Pour certains, la place du médecin traitant est dans la titration

La titration, peu réalisable en pratique par le cardiologue, est un travail de généraliste. Si elle n'est pas réalisée, elle expose le patient à une perte de chance.

M7 : « *Parce que le cardiologue tous les 3 mois, il va être obligé de le revoir pendant un an et demi pour pouvoir arriver à un optimum. Alors que nous on peut faire. Pendant un an et*

de mi il n'est pas à l'optimum, il peut décompenser, voire mourir. Je pense vraiment que le généraliste il a plus que sa place dans l'optimisation du traitement. »

M8 : *« C'est important, le cardiologue ne voit pas les patients assez souvent pour le faire. »*

M17 : *« Concrètement c'est difficile à mettre en place pour le cardiologue ! C'est un boulot de médecin traitant, c'est le suivi, le cardiologue est moins atteignable ! »*

- Une relation singulière, une relation de confiance

Certains patients attendent l'aval de leur médecin traitant. Cela témoigne une relation de confiance liée à la connaissance du patient.

M3 : *« Il y a des patients qui ne font pas confiance à ce que dit le cardiologue et ils attendent notre validation, ils n'attendent même pas un appel, ils attendent de nous voir pour dire. »*

2. L'insuffisance cardiaque : un sujet de spécialiste

Pour certains, leur rôle repose sur la surveillance clinique et le renouvellement d'ordonnance.

M6 : *« C'est surtout la surveillance. »*

M16 : *« Oui, je fais du renouvellement et surveillance ! »*

Ainsi, certains considèrent que le traitement de fond est du ressort du spécialiste.

M1 : *« Oui c'est lui qui gère, est-ce que c'est pour ça aussi que je décharge ? »*

M15 : *« C'est se dire que c'est une affaire de spécialiste ! Ça fait partie du traitement de fond, c'est le cardiologue qui modifie ou pas le traitement tous les ans ! »*

Certains ont besoin de l'aval du cardiologue pour éviter une erreur ou à visée de réassurance.

M6 : *« Je préfère demander au cardio que de faire un cafouillage. »*

M9 : *« Je ne me sens pas assez à l'aise en fait, et besoin de l'appui du cardio. »*

M9 : *« Nous on va plus facilement déléguer, ça rassure, moi c'est clairement à visée de réassurance ! C'est histoire de dire il y a un autre oeil dessus, je ne suis pas la seule ! »*

3. Un rôle mal défini pour le médecin traitant

Il semble y avoir une difficulté à ce que le médecin généraliste prenne une place centrale dans le suivi de l'insuffisant cardiaque. Certains déclarent ne pas connaître leur rôle.

M9 : *« Mon rôle à jouer dans l'insuffisance cardiaque, je ne le définis pas bien ! »*

M15 : « *On ne connaît pas forcément notre place !* »

D'autres se demandent ce que les cardiologues attendent d'eux, et relatent le côté parfois gênant de s'initier dans leur prise en charge.

M9 : « *Moi j'aurais peur de mettre mon grain de sel dans l'histoire !* »

M14 : « *Bah peut être aussi le regard du cardio sur toi, ton adaptation de traitement !* »

5. LA COMMUNICATION

- Communication et coordination, facteurs essentiels à l'optimisation

Force est de constater que si la communication est médiocre, c'est le patient qui en pâtit.

M9 : « *Si le dialogue est mal fait entre généraliste et cardiologue, les insuffisants cardiaques sont un peu au milieu !* »

M12 : « *Alors je pense que la base de tout, beaucoup de choses en médecine générale quand ça ne fonctionne pas bien, c'est qu'il n'y a pas une bonne communication !* »

M17 : « *C'est lié peut être à une mauvaise coordination entre généralistes et spécialistes !* »

- Communication ville / hôpital et négation du rôle de médecin traitant

La communication ville / hôpital est essentielle pour assurer la continuité des soins et garantir une prise en charge de qualité notamment en sortie d'hospitalisation. Certains ressentent une négation de leur rôle par l'hôpital.

M2 : « *Il y a de la part de l'hôpital une négation de plus en plus du médecin traitant.* »

M10 : « *L'hospitalocentrisme fait que c'est l'hôpital qui vient et on nous écarte de plus en plus.* »

- Les réseaux de soins

Plusieurs médecins semblent embarrassés par l'organisation des réseaux de soins.

Ils craignent de perdre leur rôle de référent, de perdre la main dans le suivi des patients. Dans ce rapport dénommé « de technicien à technicien » entre l'infirmière et le cardiologue, ils ont le sentiment de perdre leur place dans la relation singulière avec le patient.

M2 : « *Simplement il faudrait quand même respecter : le docteur à appeler dans un premier temps c'est le médecin généraliste. Et non pas dire j'ai téléphoné au cardiologue pour savoir que faire. D'un côté ce type de développement de réseaux, moi je suis très favorable, d'un autre côté, la tournure que ça prend, c'est encore la délégation de tâches soit disant euh... Je*

ne suis pas convaincu du tout, je pense que ça va encore casser plus la position du médecin traitant y compris par rapport aux gens. Ils ne sauront plus trop qui fait quoi. »

M2 : « Il faut qu'il n'y ait qu'un seul référent... mais malheureusement ce référent est de moins en moins là quoi hein, qui est le médecin traitant. »

M2 : « On met une IDE qui va passer tous les 2-3 jours voir s'il a pris du poids, observance etc, et puis s'il y a un problème théoriquement il y a un référent médical sauf qu'on voit très bien comment c'est en train de se monter : c'est de plus en plus un rapport direct entre l'IDE et le cardiologue. C'est un rapport de technicien à technicien, avec le généraliste certes qui va être appelé pour faire le bon de transport, pour quand personne n'est disponible ou pour renouveler une ordonnance ou on lui a dit bah faudrait peut être faire ceci etc donc là il y a un vrai problème. »

M3 : « On perd ce contact avec le patient, ce n'est pas agréable. »

M10 : « Je ne suis pas fan des réseaux formalisés ! Ce sont des gens que l'on finit par ne plus voir, ils sont pris dans un réseau, ils sont certainement très bien suivis mais du coup nous on n'a plus de suivi, on ne sait plus quand ils vont mal. On n'est plus référent ! Le réseau devient le référent alors c'est bien si c'est 24 heures sur 24 mais c'est pas toujours le cas. Le vendredi soir par exemple après 5h quand il n'y a plus personne c'est nous qui sommes appelés, et on n'est pas forcément au courant de ce qu'il s'est passé, on a loupé plein plein d'épisodes ! »

Certains médecins ne confieraient pas la tâche de relever les constantes à un infirmier.

L'un d'eux estime qu'un examen clinique est nécessaire.

M4 : « Ah non non non je ne ferais pas ça ! Sur l'insuffisance cardiaque, il y a quand même des signes qui nécessitent un examen. »

M14 : « Elle m'appellerait toutes les 5 minutes pour me demander si ça va, alors autant que je les vois en face ! Autant le voir directement et prendre moi les constantes. »

- Une communication de qualité est propice à l'optimisation

M8 : « On se retrouve avec des spécialistes dont les cardiologues, ça permet d'avoir un excellent contact entre nous, qui fait que c'est beaucoup plus facile de gérer les choses. »

M10 : « Quand je suis embêté, j'appelle mon correspondant et on discute ! Ils sont très disponibles justement par le biais, on a une association avec que des gens locaux ! »

M12 : « Avoir une bonne relation avec les infirmiers du secteur ça c'est super important ! »

6. ORDONNANCES ET COURRIERS

L'ordonnance établie en sortie d'hospitalisation ou suite à une consultation de cardiologie doit être de courte durée. Une ordonnance pour plusieurs mois est un frein à l'optimisation.

M2 : « *S'il balance une ordonnance pour 3 mois, si le malade ne vient pas pendant 3 mois, on va être appelé en urgence, c'est quasiment sûr.* »

Un long délai de réception du courrier est également une des raisons de l'inertie thérapeutique.

M3 : « *Souvent le patient on l'a revu avant d'avoir le courrier. C'est quand même un frein.* »

M4 : « *De temps en temps, je reçois des courriers 2 mois après.* »

M12 : « *Les courriers du CHU c'est une catastrophe ! On en a certains, on n'en a pas !* »

M19 : « *Souvent on n'a pas encore reçu le compte-rendu d'hospitalisation !* »

7. LA PARTICULARITÉ DU MÉDECIN REMPLAÇANT

En tant que remplaçant, certains décrivent une tendance à ne pas modifier le traitement de fond. Les remplaçants participent donc probablement à cette insuffisance de prescription.

M9 : « *C'est encore des vieux réflexes de remplaçants ou si ça va comme ça, on continue !* »

M15 : « *On va toucher au Lasilix mais on touche pas au traitement de fond ! En tant que remplaçant oui ! Si c'est bien toléré, je ne modifierais pas !* »

M15 : « *On ne prend pas du tout en charge de la même façon un patient quand on est remplaçant que quand on est installé ça c'est certain ! Quand c'est ses patients on a envie de faire le mieux !* »

8. LA PROBLÉMATIQUE DES DOSSIERS INCOMPLETS

Un dossier incomplet est un frein à l'optimisation, d'autant plus pour un médecin remplaçant.

M9 : « *Nous on est un peu vides dans les dossiers, ils ont perdu la moitié...* »

M15 : « *Etant remplaçant oui, ah ça c'est certain ! C'est pas noté...* »

M15 : « *Quand j'étais remplaçant si un patient n'avait pas un IEC ou un bêta-bloquant et était bien toléré je l'instaurais pas... On se demande pourquoi il ne l'a pas ... Une intolérance, quelque chose, je ne sais pas... Les dossiers sont souvent mal remplis donc euh...* »

9. DES PRATIQUES DE LA MÉDECINE À L'ORIGINE D'UN DÉFAUT D'OPTIMISATION

L'attitude de certains médecins est-elle à l'origine d'une inertie thérapeutique ? Le renouvellement de l'ordonnance se fait-il de manière automatique, sans remise en question ?

M7 : « *La médecine en France c'est beaucoup vite fait !* »

M8 : « *Pas envie de se casser la tête !* »

M17 : « *C'est le risque de la médecine générale, c'est d'avoir l'ordonnance sous les yeux et de taper sur renouveler et tous les médicaments retombent sans forcément regarder !* »

Un médecin déplore le côté mercantile de certains généralistes.

M7 : « *Le problème c'est que les médecins sont contents d'avoir des patients qui viennent pour des rhinopharyngites en claquant des antibiotiques parce que ça leur fait 25 euros bien gagnés, vite fait, et puis pendant ce temps-là ils ne veulent pas s'occuper de l'insuffisance cardiaque ! Ça durerait aussi 5 minutes. Voilà le problème, il y a quand même un côté mercantile de certains médecins.* »

CINQUIÈME PARTIE : LES PISTES D'AMÉLIORATION

Dans cette dernière partie, les médecins vont mettre en avant différentes pistes d'amélioration pour lutter contre l'inertie thérapeutique.

1. OPTIMISER LA FORMATION

- La formation, une nécessité

L'amélioration des connaissances du médecin traitant sur cette pathologie, sa prise en charge, et les stratégies d'amélioration des pratiques sont à encourager !

M10 : « *Il faut des formations !* »

- Le rôle à jouer des généralistes enseignants

La société française des enseignants généralistes pourrait leur transmettre des messages clés à délivrer lors des enseignements, rappelant le rôle majeur du généraliste dans cette pathologie.

M7 : « *Il faut que la société française des enseignants généralistes nous fassent des recommandations pour les généralistes enseignants, pour que l'on puisse faire passer des messages. Peut-être qu'il y ait des recommandations fortes qui soient faites par des généralistes enseignants. En disant que les généralistes sont très importants dans l'insuffisance cardiaque et qu'ils ont vraiment un rôle très important à jouer.* »

- Comment doit se faire la formation ?

Il faut réfléchir à sa mise en place, afin qu'elle touche tous les généralistes.

M7 : « *Comment doit se faire la formation ? Il n'y a que 15% des médecins qui se forment !* »

- Le contenu de la formation doit être optimisé

De l'échange et des mises en situation semblent être appréciés par les médecins.

M12 : « *Faudrait se former mais avec des soirées pratiques, faut des mises en situation. Si cette formation est calquée sur notre pratique et la communication optimisée, banco !* »

M16 : « *Je fais partie d'un groupe de pairs où chacun amène un cas clinique !* »

M18 : « *C'est sous forme de partage, et on apprend beaucoup plus ! C'est dans l'échange !* »

La formation pourrait être axée davantage sur la thérapeutique, en parlant en princeps.

M12 : « *On prescrit quand même un princeps la plupart du temps, donc je pense que les cas qu'on doit nous soumettre doivent comporter des noms de princeps pour qu'on s'y retrouve.* »

M17 : « *Les formations ne sont pas assez appuyées sur le point de vue thérapeutique !* »

- Des formations inter-disciplinaires

Celles-ci permettraient une réflexion sur la mise en pratique des objectifs fixés tout en tenant compte des réalités d'exercice de chacun.

M8 : « *C'est important d'avoir le spé à côté, d'avoir le support papier et des explications.* »

- Importance de la formation en présentiel

Le médecin est plus investi lors de formations en présentiel.

M12 : « *Je pense que la formation en présentiel c'est-à-dire tu t'es bougé pour un sujet que tu trouvais peut être un peu plus compliqué, et là il y a des petites lumières qui s'allument et là tu te dis je vais peut être un peu faire bouger les choses pour ma pratique quotidienne.* »

- Former les médecins et les infirmiers

Il est important de former l'ensemble de l'équipe qui prendra en charge le patient.

M11 : « *Peut être une formation infirmier, ça peut rassurer !* »

M12 : « *Un personnel initialement formé pour un retour à domicile, c'est capital !* »

M12 : « *L'implication des infirmiers de secteur ça je pense que c'est vraiment très important mais faut qu'eux aussi soient formés en fait !* »

- Former les internes

On notera ici l'intérêt de la formation des internes.

M14 : « *Le cardiologue nous avait fait un cours. Il nous avait bien expliqué qu'il fallait majorer les IEC et les bêta-bloquants jusqu'à dose efficace et disait que beaucoup de médecins ne majoraient pas le bêta-bloquant alors qu'on peut monter à des doses...* »

2. AMÉLIORER LA DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS

Une meilleure diffusion des recommandations pourrait permettre d'améliorer les prescriptions. Les recommandations pourraient être envoyées au médecin par mail.

M5 : « *De les recevoir, je pense que ça peut être une super avancée !* »

M5 : « *Si nous ici on avait nos reco qui arrivaient directement, même un mail, on les lirait !* »

Un site regroupant toutes les recommandations pourrait également être mis en place.

M19 : « *Un site qui regroupe toutes les recommandations, ça serait pratique !* »

3. DIFFUSER DES « GRANDS MESSAGES »

Un médecin s'interroge sur le mode de diffusion des messages. Faut-il les diffuser aux patients ? Aux médecins (mais comment toucher ceux qui ne se forment pas) ?

M7 : « *Il y a des gens qui devraient réfléchir, par exemple la société française de cardiologie en disant : comment est-ce qu'on va pouvoir faire passer notre message ? Est-ce qu'il faut que l'on fasse passer notre message par les patients qui vont réclamer à leur médecin plus de surveillance ou plus d'augmentation de traitement, est-ce qu'il faut que l'on fasse passer les messages via les médecins, est-ce qu'il faut que l'on réussisse à toucher les médecins qui ne se forment pas, mais sous quelle forme ?* »

Le relai par les médias peut permettre de donner une meilleure information aux patients et à leurs proches qui n'ont parfois pas pris la pleine mesure de cette pathologie

M5 : « *La pub à la télé, elle est vachement bien faite, mais en la voyant je me suis dit « oui en fait il y a des gens qui sont insuffisants cardiaques et qu'on méconnaît... ! ».* »

Ou dans les cabinets de cardiologie ?

M7 : « *Peut être dans les cabinets de cardiologie, il pourrait y avoir des spots de pub.* »

4. OPTIMISER LES COMPTES-RENDUS ET ORDONNANCES

- Rédiger un compte-rendu provisoire en sortie d'hospitalisation

Il pourrait être remis au patient une fiche de résumé d'hospitalisation, destinée au médecin, précisant le diagnostic et l'adaptation des traitements, dans l'attente du compte-rendu détaillé.

M3 : « *Ou alors le patient qui sort directement avec un compte-rendu provisoire, ne serait-ce que pour que le médecin généraliste ait déjà un aspect global.* »

- Améliorer le contenu des comptes-rendus en y apportant des directives

Les médecins ont besoin de consignes. Elles pourraient rappeler la nécessité de poursuivre l'optimisation thérapeutique, ainsi que les objectifs du traitement.

M3 : « *Ça serait pas mal d'avoir une conduite à tenir du cardiologue.* »

M6 : « *Si c'est simplifié de manière euh... L'idéal c'est de faire comme ça jusque tel... De supporter une tension comme ça... Une fréquence cardiaque jusque là, ça serait plus simple.* »

M15 : « *Si ça va, augmenter à tant, dans une semaine, dans deux semaines.* »

M17 : « *Les modifications thérapeutiques qui soient écrites en gras aussi en conclusion.* »

- Réduire les délais de réception des comptes-rendus

Une solution peut être l'utilisation plus fréquente des messageries cryptées.

M4 : « *Après moi je reçois en mail tout ce qui est de l'hôpital donc il n'y a pas le délai de deux jours en plus pour la poste, donc ça c'est bien.* »

M17 : « *Il y a des messageries cryptées qui sont très bien, on les reçoit quasiment instantanément juste après la consultation.* »

- Réduire la durée des ordonnances

Le patient consulterait le médecin traitant plus rapidement afin d'optimiser le traitement.

M2 : « *J'ai vu des gens sortir avec des ordonnances de trois mois de digitatiques. C'est bien pour une semaine, quinze jours puis réadaptation par le médecin traitant.* »

5. LES RÉSEAUX D'INSUFFISANTS CARDIAQUES

Une des principales voies d'amélioration est celle d'un partenariat plus étroit entre les médecins généralistes et les cardiologues. L'importance du travail d'équipe est soulignée.

M8 : « *Je suis très travail d'équipe au niveau médical.* »

Les réseaux permettraient de déléguer le travail, rapporte un médecin.

M9 : « *S'il y a un réseau de suivi à domicile ça pourrait déléguer un petit peu, clairement on est preneur, tout ce qui est surveillance... Plus il y a de passages, mieux c'est !* »

Mais ces réseaux ne semblent pas encore connus.

M2 : « *Enfin ça n'existe pas encore chez nous.* »

M5 : « *Non je ne connais pas !* »

M18 : « *Oui je connais, mais pour ça non !* »

La mise en place des réseaux est à optimiser. Il faut que le parcours de soins soit mieux défini, que les généralistes soient inclus dans ces réseaux.

M10 : « *Donc ça peut être très compliqué, mais très bien aussi ! Donc il faut l'optimiser, faut le faire ensemble, pas chacun dans son coin, c'est pas facile !* »

6. LA TÉLÉSURVEILLANCE

Un médecin décrit être affolé par cette forme de médecine.

M1 : « *Moi ça m'affole tous ces trucs télé machin et tout... Ouais ... Humm... Bon ... [rires]* » Sa

mise en place requiert une parfaite formation et information pour l'infirmière et le médecin traitant. Le cardiologue quant à lui doit être joignable facilement.

M11 : « *Comment ça se passe en pratique ? Qui rappelle le patient si ... ?* »

M18 : « *Faut qu'on soit informé, pour que les choses soient faites correctement. L'infirmière aussi bien évidemment parce que je pense que pour le coup c'est vraiment infirmière, médecin, patient le trio avec le cardio qui est facilement joignable dans ces cas-là !* »

La complexité pour le cardiologue de recevoir les données de tous les patients est mise en avant. Les constantes pourraient être reçues par le médecin traitant.

M18 : « *Parce que pour le coup le cardio s'ils ont les chiffres de tout le monde ça me paraît un peu compliqué ! Je pense que ça peut être le médecin traitant.* »

7. LA PLACE DE L'INFIRMIER

Dans l'ensemble, les médecins vouent une place importante à l'infirmier. Ils permettent le contrôle des constantes, ils sont une sécurité supplémentaire par leurs passages plus fréquents que le médecin. Leur proximité avec le patient est soulignée.

M9 : « *En général elles connaissent les patients, elles voient, on peut leur faire confiance !* »

M12 : « *L'implication des infirmiers de secteur, je pense que c'est vraiment très important !* »

M17 : « *Donc l'infirmière ça sera juste un relevé, une gâchette de sécurité !* »

M18 : « *C'est évident que quand il y a un suivi par les infirmiers, les infirmiers passent plus souvent, peuvent réaliser plus rapidement qu'il y a une aggravation de la situation.* »

La surveillance de ces patients pourrait être une des missions des infirmiers Asalée (action de santé libérale en équipe). Asalée est un dispositif de coopération et permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmiers de santé publique.

M3 : « *Les infirmières Asalée, ça peut être une autre mission que l'on peut lui octroyer.* »

8. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE AU DOMICILE

- Penser à l'infirmière libérale

Plusieurs médecins font appel aux infirmiers libéraux (pour la prise de constantes, l'optimisation de l'observance, la confection du pilulier), d'autant plus suite à un changement de traitement et chez un patient présentant des troubles cognitifs.

M10 : « *Je demande à une infirmière de passer pour prendre la tension, pour surveiller pour l'observance du traitement. Souvent au changement je fais venir une infirmière !* »

M10 : « *Faut faire très attention quand on augmente les posologies qu'ils ne prennent pas l'ancien plus le nouveau. Je fais venir une infirmière qui regarde un peu dans les placards, et puis pour faire le pilulier. Même le pharmacien peut faire maintenant le pilulier c'est remboursé par la sécu !* »

M12 : « *Les piluliers aussi, ça c'est vachement bien, ça évite vraiment les erreurs !* »

M17 : « *Oui pour les troubles cognitifs oui, quasi systématiquement !* »

- Mettre en place des cahiers de transmission

M12 : « *Le mettre noir sur blanc pour l'infirmière dans le carnet de transmission !* »

M18 : « *J'ai mis pas mal en place les cahiers de transmission avec les infirmiers.* »

- Penser à l'aide de la famille et impliquer le patient

M17 : « *Il faut faire participer la famille aussi ! Je leur demande d'accompagner le patient dans les rendez-vous spécialisés et aussi chez le généraliste. »*

M18 : « *La famille peut être un soutien ! »*

Il est important d'impliquer le patient dans sa prise en charge.

M18 : « *Quand ils sont capables, faut les intégrer ! »*

9. AUTRES PISTES PROPOSÉES POUR PALIER À L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE

- Pour améliorer l'accessibilité au cardiologue

Un médecin aimerait avoir le numéro d'urgence des cardiologues de l'hôpital de proximité.

M16 : « *Pour les cardio de l'hôpital leur mettre un bip, un numéro d'urgences ! »*

Il pourrait y avoir des vacances de cardiologue dans les cabinets médicaux.

M3 : « *Avoir des cardio qui viennent faire des vacances ! Par exemple une fois par mois. »*

M13 : « *A l'échelle locale à la maison de santé ça serait que le cardiologue vienne ! »*

- L'importance de la consultation cardiologique

Face à cette pathologie qui semble sous-diagnostiquée, un médecin rappelle l'importance de la consultation cardiologique dans le suivi de l'hypertension artérielle.

M7 : « *Peut être aussi qu'un mec qui a vingt ans d'hypertension artérielle derrière lui, et qui n'a pas vu un cardiologue de sa vie, c'est une connerie, peut être aussi faire de la formation là-dessus en disant dans le suivi de l'hypertension artérielle, n'oubliez pas d'envoyer chez le cardiologue faire une fraction d'éjection. »*

- Optimiser l'éducation thérapeutique

Les patients doivent être en mesure de comprendre leur pathologie.

M8 : « *Des choses concrètes ! C'est important d'imager les choses, d'avoir le temps de leur expliquer. On en voit tellement, c'est hyper important ! »*

Tout en restant parcimonieux !

M7 : « *S'ils vont sur internet et qu'ils voient que l'espérance de vie après une première décompensation c'est 18 mois ça va être compliqué pour eux. Donc il faut réussir à leur faire passer des messages tout en étant un peu parcimonieux. »*

- Une feuille de suivi téléchargeable

Un médecin propose la mise en place d'une feuille de suivi (version médecin et patient) où seraient mentionnées les constantes, la date de la prochaine consultation, la FEVG...

M7 : « *On pourrait imaginer que la société française ou européenne de cardiologie fasse une feuille de recommandations patients et une feuille médecin, où on pourrait imaginer que le patient ait fait son auto-mesure tensionnelle une fois par semaine ou une fois par jour en cas de changement de traitement avec une pesée une fois par jour et qu'il note ça sur une feuille et qu'on ait sur google comme on a pour les auto-mesures tensionnelles un planning, un schéma de suivi de l'insuffisant cardiaque patient et puis on pourrait avoir la même chose pour des médecins avec en plus : dernière consultation cardiologique, prochaine consultation cardiologique, fraction d'éjection. Qui soit cadré, qui soit éventuellement téléchargeable. »*

- Une cotation majorée

Il existe une cotation spécifique pour le médecin lors de la réévaluation en sortie d'hospitalisation.

M17 : « *La sortie dans le mois pour un insuffisant cardiaque, je crois qu'il y a 46 euros quand on les voit au cabinet. Donc c'est pour nous pousser aussi et nous inciter ! »*

- Se réserver des consultations « insuffisance cardiaque »

Un médecin propose la mise en place de consultations dédiées. Une cotation spécifique inciterait peut être les médecins à le faire davantage ?

M17 : « *Il faudrait peut être se réserver des consultations juste insuffisance cardiaque ! »*

- Intégrer les kinésithérapeutes dans la prise en charge ambulatoire

Une place pourrait être faite aux kinésithérapeutes.

M16 : « *Si on pouvait avoir des kiné ou des trucs comme ça ! »*

- Optimiser la rééducation cardiaque

Les cardiologues pourraient-ils se charger de programmer la rééducation cardiaque ?

M2 : « *Il y a un truc que je ne fais pas et j'ai tord, je le reconnais, c'est la rééducation. Je ne le fais pas pour une raison très simple : c'est le secrétariat. Si le cardiologue peut le faire ça m'arrange. »*

DISCUSSION

1. LA VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

1. Les forces de l'étude

A notre connaissance, il s'agit du premier travail sur le thème de l'optimisation du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque où la parole a été donnée aux médecins généralistes.

La méthodologie qualitative, appropriée pour explorer la complexité des ressentis a permis la réalisation d'un travail riche en données. Une analyse quantitative nous aurait contraint à une réduction de l'information émergente.

Les validités internes et externes sont des concepts proposés par Donald Campbell dans les années 1950 pour estimer le degré de confiance que l'on peut avoir dans le résultat d'une expérience scientifique. L'objectif est de limiter les biais imputables à la collecte et au traitement des données.

Notre recherche a été menée de manière rigoureuse. La retranscription des données a été précise, sans omission de mots.

La validité est assurée par la saturation des données, atteinte au dix-septième entretien.

Les résultats obtenus lors de la triangulation des données ont été concordants, permettant de renforcer la validité interne de l'étude.

Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une diversité dans les réponses recueillies. La population étudiée avait un âge moyen de 44,2 ans. La moyenne d'âge des médecins généralistes en activité en Hauts-de-France est de 50,7 ans [34]. L'étude a concerné aussi bien des médecins hommes que femmes, récemment installés ou proches de la retraite, en zone rurale ou urbaine.

2. Les faiblesses de l'étude

Il existe un biais de recrutement lié au fait que les médecins étaient préalablement contactés par téléphone afin de savoir s'ils souhaitaient participer à l'étude. Ils étaient informés du thème. Ceux qui acceptaient d'y participer étaient plus susceptibles d'être intéressés.

Les deux principales raisons avancées lors de refus de participation étaient le manque de disponibilité et la complexité du sujet de l'étude.

Le fait de savoir qu'ils étaient enregistrés a pu modifier le discours des participants. L'allumage et le positionnement du dictaphone se faisaient le plus discrètement possible.

L'enquêtrice étant interne en médecine, cela a pu favoriser le dialogue mais également entraîner une réticence à la confiance par peur du jugement, à l'origine d'un biais d'investigation.

L'habilité de l'enquêtrice à mener les entretiens, par ailleurs novice en terme de recherche qualitative, a pu biaiser l'étude aboutissant à une perte d'informations.

De plus, la parfaite neutralité nécessaire à la réalisation des entretiens a pu être biaisée par une orientation subjective de l'enquêtrice. Ces risques sont inhérents à la méthode et ne peuvent pas être complètement écartés.

Par ailleurs, le fait de connaître 4 des 19 médecins a pu influencer l'entretien. Ce biais d'investigation est difficilement maîtrisable.

Le développement de mécanismes de défense, la timidité, la gêne de certains médecins lors des entretiens a probablement fait obstacle au recueil de certaines données.

Dans le but de limiter les biais externes, les entretiens ont été réalisés dans un lieu choisi par chaque médecin. Toutefois, certains ont été interrompus par des appels téléphoniques ou l'irruption d'une tierce personne, ce qui a pu modifier leurs déroulements.

Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens.

Les entretiens et l'analyse des données ont été réalisés par l'enquêtrice et auteur de cette thèse ce qui a pu induire un biais de subjectivité, même si celui-ci est minimisé par la triangulation. L'échantillon, bien que diversifié, est un échantillon restreint puisque constitué de 19 médecins généralistes exerçant dans 4 départements des Hauts-de-France. Celui-ci nous a quand même permis d'arriver à saturation des données, facteur essentiel à la validité de notre étude.

2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'insuffisance cardiaque demeure insuffisamment traitée avec un taux élevé de morbidité malgré les progrès thérapeutiques de ces dernières années.

Nous avons dans ce travail cherché à comprendre les réticences à la prescription des thérapeutiques recommandées et les freins à l'optimisation thérapeutique de la part des médecins généralistes.

1. Les facteurs limitant l'optimisation thérapeutique

- Patients, maladie, observance et éducation

Tout d'abord, les médecins font part de difficultés à manier les différentes molécules lors de défaillances organiques. Ces dernières peuvent être à l'origine de contre-indications au traitement et entraîner des réticences de prescription, comme c'est le cas pour les bêta-bloquants chez les asthmatiques.

L'insuffisance cardiaque affecte principalement le sujet âgé. Les conditions de vie influent vivement la prescription, les chutes sont redoutées. Ainsi, l'optimisation se verra limitée chez une personne âgée vivant seule et sans surveillance possible.

Une étude réalisée en 2014 précisait que le risque de iatrogénie ne devait pas être le prétexte à une sous-médicalisation. Ce risque est à mettre en balance avec le surcroît de mortalité induit par la prescription insuffisante de traitement de fond [35].

Une étude quantitative effectuée en 2018 concluait que les freins à l'optimisation thérapeutique étaient liés aux facteurs intrinsèques au patient plutôt qu'à un manque d'accès à l'information. Sur les 24 médecins généralistes questionnés, les freins étaient l'âge pour 87,5%, l'insuffisance rénale pour 100%, la BPCO pour 42%, l'asthme pour 58% et la tension artérielle pour 96% d'entre eux [24]. Le questionnaire n'était composé que de questions fermées, de ce fait les médecins n'ont pas eu la possibilité de s'exprimer et de mettre en avant d'autres facteurs limitants.

Par exemple, il ne faudrait pas passer sous silence les problèmes liés à l'adhésion thérapeutique. Les médecins le constatent : un traitement prescrit n'est pas un traitement pris, les patients sont réticents au changement, l'adhésion est modifiée suite à un effet secondaire. En 2017, le ChroniCoeur, journal de la société québécoise d'insuffisance cardiaque, rapportait que la prise thérapeutique telle que prescrite était observée en moyenne chez moins de 45% de la population de plus de 65 ans soulignant qu'il était capital de simplifier au maximum la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée [13].

De façon similaire, certains patients ne sont pas observants au suivi médical. En effet, l'optimisation thérapeutique peut ne pas être réalisée faute d'avoir revu le patient en consultation. « *Quand un patient voit un médecin investi sur un traitement, il s'investit plus* », note un médecin.

En 2008, une étude réalisée par la CNAM montrait que 14% des patients n'avaient pas consulté de généraliste dans les deux mois après la sortie d'hospitalisation [9].

En 2015, une étude sur le thème de l'optimisation thérapeutique en sortie d'hospitalisation a été réalisée auprès de 42 médecins généralistes. Deux mois après la sortie, aucun d'entre eux n'avait modifié le traitement, faute d'avoir revu le patient dans 43% des cas [23].

A l'inverse, un médecin met en avant le risque d'une prise en charge parcellaire lors des consultations pluri-problématiques. L'idée d'une consultation spécifique est proposée.

Face à ces comportements de santé se pose la question de l'éducation et de l'information du patient. En effet, les médecins révèlent que les patients ignorent souvent qu'ils sont insuffisant cardiaque. Ils ne savent pas ce que cela signifie et n'ont pas idée de sa gravité. « *L'insuffisance cardiaque est une pathologie ignorée du public y compris par les patients concernés. Elle est invisible donc pas prise au sérieux mais elle est invalidante* » témoigne Philippe Muller, président de l'association pour le soutien à l'insuffisance cardiaque [7].

Les praticiens restent lucides : le patient ne peut comprendre ce qu'on ne lui a pas expliqué. Ils reconnaissent un défaut d'éducation, jugée peu ou mal faite, bien qu'ils témoignent de son intérêt. En 2014, une étude s'est penchée sur la faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale. Malgré la prise de conscience du rôle central du généraliste, des obstacles limitaient sa réalisation : le manque de temps, de formation et l'absence de cotation pour les médecins, et le niveau cognitif, socio-culturel et le manque de motivation pour les patients [36].

- **Recommandations et formation**

Par ailleurs, l'attitude de certains médecins face aux recommandations peut engendrer un défaut d'optimisation. Une mauvaise adhésion apparaît évidente. Il semble parfois difficile de persuader les médecins d'appliquer les directives de traitement plutôt que de s'en remettre à leurs propres impressions de ce qu'il convient de faire. Ils justifient cette attitude par leur expérience et le recul sur toutes ces années de changements qu'un médecin qualifie de

« *purement théoriques dans bien des cas !* ». Ce comportement en afflige d'autres qui rappellent que les médecins n'ont pas à adhérer ou non aux recommandations.

A notre sens, la prise de conscience de l'importance de l'optimisation est insuffisante.

Est-ce lié à un manque d'informations ? Est-ce lié à un bénéfice thérapeutique non perçu, comme en témoigne ce médecin qui affirme n'observer aucune différence sur le plan clinique que le traitement soit à dose faible ou élevée.

En 2002, l'étude Improvement montrait que le défaut d'adhésion n'était pas lié à une méconnaissance des effets bénéfiques des traitements (90% des médecins connaissaient le bénéfice des IEC, 60% connaissaient celui des bêta-bloquants). L'étude concluait qu'il fallait inciter les médecins à mieux adhérer aux recommandations [37].

Les médecins sont-ils soucieux d'actualiser et d'élargir leurs connaissances ? Certains l'avouent, ils ont oublié les recommandations ou ne les connaissent pas. En effet, nous le constatons lorsque l'un d'eux s'interroge sur la place de l'IEC dans cette pathologie.

Ces lacunes dans le domaine de l'insuffisance cardiaque sont expliquées par le large champ de la médecine. Néanmoins, force est de constater que tous les médecins ne se forment pas. Nous avons été surpris que certains affirment qu'ils ont interdiction de réaliser la titration ou de prescrire des bêta-bloquants. Il est malgré tout souligné que les savoirs acquis en enseignement secondaire pour le suivi des pathologies chroniques sont modestes.

Toutefois, de nombreuses questions ont été posées par les généralistes lors des entretiens, témoignant de leur intérêt pour le sujet, bien qu'il existe un biais lié au fait qu'ils aient accepté de participer à ce travail. Beaucoup expriment avoir l'envie de se former, notamment les jeunes médecins. Une différence de prise en charge existe-t-elle en fonction de l'âge du médecin ? Comme le souligne l'un d'eux, les plus jeunes seraient-ils plus adhérents aux recommandations ?

En 2008, une étude a évalué la sensibilisation aux recommandations de l'insuffisance cardiaque en Europe. Les lignes directrices étaient moins bien utilisées par les internistes, gériatres et généralistes indiquant le besoin de formation pour toutes les spécialités [38].

- La prescription des thérapeutiques recommandées

Discutons à présent des réticences propres à la prescription des molécules de l'insuffisance cardiaque. Nous relevons peu de freins à la prescription des IEC, décrits comme peu délétères et bien tolérés. Cependant lorsque ce traitement est initié ou majoré, c'est avant tout pour

l'hypertension artérielle plus que pour l'insuffisance cardiaque. En 2015, dans une étude réalisée auprès de 42 médecins généralistes, la prescription d'IEC se voyait favorisée par le jeune âge du patient, la présence d'une hypertension artérielle ou d'un diabète. Elle diminuait avec l'âge élevé ou la présence d'une insuffisance rénale [23].

En revanche, les médecins expriment des doutes, voire une peur à manipuler les bêta-bloquants. La crainte des effets secondaires et la méconnaissance de ces médicaments peuvent être les raisons de l'inertie mais il n'y a pas toujours d'explications. Certains semblent présenter des difficultés à les prescrire en raison de leur ancienne contre-indication dans cette pathologie. Toutefois, cette recommandation établie il y a plus de 25 ans ne peut être un prétexte à une sous-médicalisation, rétorque un médecin.

En 2017, une étude s'intéressant aux difficultés ressenties dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque mentionnait qu'il persistait une méconnaissance des traitements spécifiques de l'insuffisance cardiaque et de ce fait une certaine réticence ou inertie de la part des généralistes [39].

L'absence d'ECG est décrit comme facteur limitant la prescription de bêta-bloquants. A la question de savoir ce qu'ils attendent de l'ECG, les réponses sont confuses. Un des médecins, équipé d'un appareil à ECG et réalisant régulièrement la titration, reconnaît préférer adresser le patient au cardiologue pour instaurer le traitement. Il semble alors légitime de se demander si l'absence d'ECG est un réel facteur limitant.

Les médecins n'ont pas évoqué le traitement par anti-aldostérone de manière spontanée, traitement qui semble peu connu et peu rencontré. Il en est de même pour les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine, dont la place reste sombre.

Quant à l'utilisation du diurétique de l'anse, elle mérite d'être discutée. Certains semblent manifester de la complaisance en expliquant qu'il leur est facile de prescrire une posologie importante. Tous n'ont pas la culture de l'arrêter malgré la stabilité clinique et admettent le prescrire à visée de réassurance.

Une étude réalisée en 2005 constatait que les patients se voyaient prescrire des doses de diurétiques de l'anse plus élevées lorsque les pathologies s'aggravaient avec, en parallèle, les prescriptions des molécules recommandées qui diminuaient [40].

Dans un autre travail, il était décrit que l'hypotension, l'insuffisance rénale et l'hyperkaliémie constituaient des facteurs limitant l'augmentation posologique. Or la présence de ces facteurs était souvent favorisée par une posologie trop élevée de diurétiques [41].

Ces traitements peuvent engendrer des effets secondaires plus ou moins redoutés par les médecins. La baisse tensionnelle et le risque de chutes qu'ils engendrent semblent particulièrement appréhendés notamment chez la personne âgée, seule au domicile. D'autres médecins ont une approche différente : ils ne prêtent pas attention aux chiffres tensionnels mais aux symptômes d'hypotension. L'un d'eux affirme que cette démarche est probablement le secret pour réussir l'optimisation.

Quant à l'insuffisance rénale et aux autres effets secondaires, ils sont peu rapportés et ne sont pas réellement décrits comme freins à l'optimisation. En partie car ils sont contrôlables.

Les résultats d'une étude réalisée en 2018 s'accordaient à ceux de l'étude Qualify [21] : les obstacles à l'optimisation pour les bêta-bloquants étaient l'asthme, l'hypotension, l'asthénie, la bradycardie et les vertiges. Pour les IEC, les freins étaient la toux, l'hypotension, l'aggravation de la fonction rénale et l'hyperkaliémie [24]. Ces résultats sont présents dans notre travail, dans une moindre mesure. En effet, de nombreux autres facteurs entrent en jeu dans l'inertie thérapeutique. D'ailleurs, le côté contraignant de la surveillance semble être un obstacle plus ardu à surmonter que la potentielle survenue d'effets secondaires. Son côté chronophage est mis en avant.

Tout au long de ce travail, le manque de temps est rapporté (pour la titration, l'éducation, la formation), il est à prendre en compte dans l'inertie thérapeutique.

- Les freins à l'optimisation liés au médecin traitant

Indubitablement, les freins à l'optimisation peuvent être propres au médecin et ses attitudes. En effet, certains considèrent que le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque est du ressort du spécialiste, auquel ils accordent toute confiance, et délèguent intégralement la prise en charge.

Dans une étude menée en 2015 sur l'optimisation thérapeutique en sortie d'hospitalisation, aucun des médecins n'a modifié le traitement. Dans 42% des cas, ils estimaient que cela relevait du rôle du cardiologue [23]. Cette attitude entraîne obligatoirement un défaut d'optimisation.

Certains attendent une nouvelle décompensation, des symptômes plus prononcés avant de se poser la question de la réévaluation du traitement. Pour une grande partie des médecins, la non modification du traitement tient à l'état clinique stable du patient. Ils expriment une réelle difficulté à majorer un traitement chez un patient indemne de symptômes. Une nouvelle fois, les médecins ne semblent pas avoir conscience de l'importance de l'optimisation et du rôle

qu'ils ont à jouer. Dans l'étude citée ci-dessus, 43% des médecins généralistes n'ont pas modifié le traitement en raison de cette stabilité clinique [23]. La crainte de la iatrogénie et l'appréhension d'aggraver une situation sont avancées. En 2018, une étude sur la prise en charge thérapeutique de l'insuffisant cardiaque par les médecins girondins concluait que les obstacles à l'optimisation étaient moins souvent les intolérances que les inquiétudes du praticien concernant les effets secondaires [24]. Ainsi de nombreux patients restent à des doses faibles qui seront tolérées (et rassurantes pour le praticien) et ne seront pas augmentées à des doses ressenties comme dangereuses. A tort ?

La complexité d'expliquer au patient qu'il faut augmenter le traitement alors qu'il est stable est également soulignée. Les convictions et la motivation du prescripteur sont primordiales à l'adhésion du patient. Le médecin doit être convaincu de l'intérêt de l'optimisation, chose dont il est possible de douter à ce terme de la discussion.

Un manque d'habitude, de maîtrise et de confiance sont rapportés. Les médecins relatent également un manque de directives mais aussi de connaissances.

Il s'agit d'une pathologie complexe, la physiopathologie et le mode d'action des molécules ne sont pas toujours maîtrisés. Un médecin se qualifie « *de mauvais médecin dans l'insuffisance cardiaque* » face à ce défaut de compréhension.

De plus, la titration est un terme qui semble ambigu, peu compris, voire inconnu pour les médecins. Plusieurs ont fait la réflexion qu'ils ne savaient pas que l'on pouvait titrer un traitement de fond. L'un d'eux avait notion qu'il fallait optimiser le traitement par paliers, mais ne connaissait pas le terme de titration. Il existe ainsi un facteur limitant lié à la sémantique. La notion de dose maximale tolérée est également source d'interrogations. Des termes qu'il conviendra donc d'éclaircir aux médecins. Au cours des entretiens, le principe de titration leur était expliqué. Immédiatement des obstacles à sa réalisation étaient soulevés : le côté contraignant pour le malade, le manque de temps pour le médecin.

- Cardiologue et médecin traitant

« *En médecine, lorsque ça ne fonctionne pas, c'est que la communication est médiocre* », témoigne un médecin. Un partenariat plus étroit entre cardiologue et généraliste est à promouvoir.

Malheureusement, certains ressentent une négation de leur rôle de médecin traitant, en partie par l'hôpital. Face au développement des réseaux de soins, ils craignent de perdre leur place de référent.

Selon une étude parue en 2012, les patients traités en Ontario par un généraliste seul ont une mortalité à un mois augmentée de 60% et à un an de 29% par rapport à la prise en charge par un cardiologue ou une équipe pluri-disciplinaire. L'une des raisons de cette différence serait une moindre prescription de bêta-bloquants liée à une moindre implication des généralistes dans la formation continue du traitement et du suivi de l'insuffisance cardiaque [42].

En réalité, une grande partie des médecins ne connaît pas leur rôle dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque. Ils ne savent pas ce que les cardiologues attendent d'eux et n'osent parfois pas s'immiscer dans leur prise en charge. Ils regrettent le manque d'explications dans les comptes-rendus médicaux.

Au contraire, pour certains, il est évident que la titration doit être un travail de généraliste. Le cardiologue ne voit pas le patient assez régulièrement, ce dernier serait alors exposé à une perte de chance.

De plus, le suivi cardiologique ne semble pas toujours régulier. Est-ce lié à un défaut d'observance du patient ? Un manque de rigueur du médecin traitant ? Ou comme en témoignent de nombreux généralistes, une accessibilité complexe chez le cardiologue ?

Toutefois, le recours à un cardiologue chez des patients parfois très âgés, se déplaçant avec difficulté et aux multiples comorbidités, n'est pas toujours aisé. Ce défaut de suivi a également été rencontré dans un travail de thèse dans lequel 65% des patients ne bénéficiaient pas d'un suivi cardiologique spécifique. Dans cette même étude, il a été mis en évidence que l'accès à l'échographie cardiaque favorisait une meilleure optimisation thérapeutique permettant de classer la pathologie selon sa FEVG et ainsi d'adapter les traitements [24].

D'autre part, de nombreux médecins exercent dans des zones où le recours au spécialiste peut s'avérer difficile. Une différence de prise en charge existe-t-elle en fonction des territoires ? En 2017, une étude réalisée auprès des médecins girondins avait pour objectif d'observer s'il existait un lien entre la pertinence de la prise en charge et les difficultés d'accès aux soins. Si cet accès est plus compliqué dans certaines zones, la pertinence de prise en charge de l'insuffisance cardiaque n'y semblait pas moins adaptée [39].

Le délai pour la consultation cardiologique pouvant être long, l'état du patient peut se dégrader, entraînant des complications, voire une hospitalisation qui auraient pu être évitées. Cette accessibilité est complexe pour le patient mais également pour le médecin. En effet, l'appréhension de ne pas réussir à joindre le cardiologue entre en jeu dans la décision thérapeutique. Ce phénomène est majoré chez les médecins récemment installés qui ne connaissent pas encore de cardiologue.

2. Les pistes d'amélioration

Des perspectives d'amélioration pour l'optimisation du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque émergent après ces entretiens avec les médecins généralistes.

L'amélioration des connaissances sur cette pathologie et sa prise en charge sont à encourager. Le collège national des généralistes enseignants pourrait leur transmettre des messages clés à délivrer. La formation devra être réfléchi afin qu'elle atteigne tous les généralistes. Ces derniers apprécieraient qu'elle soit interactive et axée sur la thérapeutique. La présence du spécialiste serait idéale. Elle permettrait une réflexion sur la mise en pratique des objectifs fixés tout en tenant compte des réalités d'exercice de chacun. L'ensemble du corps médical concerné devrait être formé à cette pathologie et sa prise en charge.

De plus, une meilleure diffusion des recommandations pourrait permettre d'améliorer les prescriptions. Elles pourraient être envoyées par mail au médecin et être regroupées sur un même site.

En 2007, l'étude IMPACT RECO étudiait les pratiques de cardiologues libéraux français. Elle évaluait l'impact de la publication des recommandations de 2005 sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Elle montrait une augmentation de prescription entre 1999 et 2005 pour les bêta-bloquants (14 à 65%), pour les anti-aldostérones (12 à 35%), pour les ARAII (5 à 21%). La prescription d'IEC restait stable à 71%. Concernant les posologies, la dose cible était atteinte chez 49% des patients sous IEC, 18% des patients sous bêta-bloquants. 61% des patients recevaient une association IEC ou ARAII et bêta-bloquant. L'étude concluait que les recommandations sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque avaient amélioré les pratiques des cardiologues libéraux bien qu'il persistait une sous-prescription des doses cibles notamment pour les bêta-bloquants [43].

Des messages plus généraux pour sensibiliser sur l'insuffisance cardiaque pourraient être diffusés. Le relai par les médias permettrait une meilleure information aux patients et à leurs proches qui n'ont parfois pas pris la pleine mesure de cette pathologie.

Quant aux comptes-rendus, ce sont des moyens de correspondance très utilisés. Il conviendrait d'en réduire les délais de réception par l'utilisation des messageries cryptées. Des précisions pratiques pourraient être apportées comme celle de rappeler l'importance de poursuivre la titration, tout en expliquant le principe. La durée de l'ordonnance devra être courte afin que le patient consulte son médecin traitant.

Dans une étude menée en 2015, il a été émis l'idée d'une fiche de résumé d'hospitalisation à remettre au patient précisant le diagnostic et l'adaptation des traitements [23].

D'autre part, améliorer l'accessibilité au cardiologue permettrait au médecin de travailler dans un climat de sécurité. Un correspondant pourrait être assuré aux généralistes par une ligne directe permettant de joindre le cardiologue de l'hôpital de proximité.

Il conviendra également de veiller à limiter le retard diagnostic. En effet, les comorbidités, la banalisation des symptômes et le manque d'attention des médecins sont autant d'éléments qui y participent.

« Le manque de notoriété des symptômes de l'insuffisance cardiaque au sein du grand public entraîne un retard au diagnostic », souligne le Professeur Damy, président du GICC [4].

Afin de limiter ce retard, un médecin rappelle l'importance de la consultation cardiologique dans le suivi d'une hypertension artérielle.

Par ailleurs, la communication entre cardiologue et médecin généraliste, médecine de ville et hospitalière, est essentielle pour assurer la continuité des soins notamment en sortie d'hospitalisation. Un parcours de soin mieux défini pourrait être une piste d'amélioration. Certains freins seraient ainsi limités si les médecins avaient un accès facilité à une surveillance immédiate et rapprochée de leurs patients fragiles lors de l'instauration ou de la modification d'un traitement.

Dans notre étude, les médecins semblent peu informés sur les réseaux de santé dédiés à l'insuffisance cardiaque. Malgré les réticences constatées, des points positifs sont relevés

comme l'intérêt du travail d'équipe. Ces réseaux pourraient être un moyen efficace pour améliorer la prise en charge multi-disciplinaire du patient et coordonner les soins.

En 2002, dans l'étude Improvement, la plupart des médecins étaient conscients des avantages des IEC et des bêta-bloquants. Cependant les incohérences entre leurs connaissances et le traitement dispensé suggérait qu'une meilleure organisation des soins était nécessaire [37].

Afin de faciliter cette coordination des soins, l'assurance maladie a mis en place en 2013 le PRADO (programme de retour à domicile). Ce programme organise un suivi à domicile sur six mois, période à plus fort risque de décompensation. Il est prévu une consultation avec le médecin traitant dans les huit jours et une autre dans les deux mois, une visite hebdomadaire par l'infirmière et une consultation dans le deuxième mois avec le cardiologue [35].

Pathologie fréquente, coûteuse, à forte morbidité avec un taux important d'hospitalisations « évitables », l'insuffisance cardiaque semble présenter de nombreux pré-requis pour le développement de la télémédecine. Cependant, certains redoutent qu'elle entrave leur relation singulière avec le patient.

Ainsi, deux principes semblent essentiels : la place du médecin traitant doit rester centrale, la télésurveillance doit être simple afin d'être acceptable pour le patient et le médecin.

Depuis 2005, à l'institut cardiologique d'Ottawa, les patients bénéficient d'un programme de suivi à domicile par télémonitorage. Il a permis de réduire de 54% le taux de réadmission à l'hôpital [24].

En 2012, une équipe a mis en place en Auvergne un service de télésurveillance et de coordination des soins ambulatoires du patient insuffisant cardiaque grave. A deux ans, la mortalité a été ramenée de 25 à 11,6% par an, les ré-hospitalisations pour poussée d'insuffisance cardiaque de 21 à 13,6% par an. L'impact économique est remarquable (économie estimée à 7000 euros par patient par an). Le taux de satisfaction des patients et des professionnels était unanimement favorable [44].

En France, différents programmes voient le jour (FollowHeart, Satelia...) dont le but principal est de faciliter la titration et d'adapter le traitement face aux premiers symptômes de décompensation afin d'éviter une hospitalisation, fléau dans cette maladie.

Dans notre travail, un médecin propose la mise en place d'une feuille de suivi (une feuille version malade et une version médecin) où seraient mentionnées les constantes, la date de la prochaine consultation, la FEVG... Elle pourrait être mise en place par la société française ou européenne de cardiologie et serait téléchargeable, permettant un schéma de suivi.

Les médecins vouent une place importante aux infirmiers, ils sont une sécurité supplémentaire par leurs passages fréquents. Il faut veiller à ce que la communication soit optimale avec ces derniers, il est d'ailleurs rappelé l'importance des cahiers de transmissions.

Une place pourrait être faite aux infirmiers Asalée dans le suivi de l'insuffisant cardiaque. Comme le soulignent les médecins de l'étude et la fédération des médecins de France, il est dommage qu'aucune place ne soit faite à la réhabilitation cardio-respiratoire, que ce soit par un kinésithérapeute libéral ou un séjour en centre spécialisé [6].

La prise en charge de la personne âgée au domicile est également repensée. A nouveau est soulignée la place de l'infirmier libéral (prise des constantes, confection du pilulier, optimisation de l'observance), notamment suite à un changement de traitement chez un patient vivant seul avec des troubles cognitifs. La famille est un soutien auquel il faudra penser. Pour autant, même très âgés, lorsque les patients sont en capacité, il faut les impliquer.

Les médecins mettent en avant le risque de chutes et le mode de vie comme principaux facteurs limitants propres au patient. Il pourrait donc être intéressant de réaliser une évaluation gériatrique. Elle apprécierait les fonctions cognitives et somatiques (notamment l'évaluation précise des troubles de la marche et du risque de chutes). Elle évaluerait également l'autonomie et le contexte de vie afin d'estimer les possibilités d'application du traitement.

La prise en charge comprend l'information et l'éducation du patient et de son entourage sur la pathologie. L'éducation devra être initiée le plus tôt possible.

Des consultations dédiées à l'insuffisance cardiaque pourraient être mise en place.

Les médecins ne l'ont pas mis en avant lors de ces entretiens mais le diagnostic d'insuffisance cardiaque pourrait être présenté sous forme d'une consultation d'annonce.

Sur le constat de l'ensemble de ces éléments, il paraît logique de penser que le médecin traitant peut être au coeur de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, d'une part en jouant le rôle important dans la phase de diagnostic, et d'autre part dans l'optimisation thérapeutique.

CONCLUSION

Face à l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance cardiaque et sa lourde morbidité, la lutte contre l'inertie thérapeutique est primordiale.

La connaissance et l'adhésion aux recommandations est un socle essentiel. Notre travail met en exergue la mauvaise adhésion de certains médecins à ces préceptes. Le bénéfice thérapeutique de l'optimisation n'est pas toujours perçu. D'autre part, la mauvaise diffusion des recommandations, le large champ de connaissances à acquérir pour l'exercice de la médecine générale et le manque d'intérêt pour cette pathologie concourent au fait que les recommandations sont parfois oubliées ou inconnues.

Les généralistes regrettent le manque d'informations de la part des cardiologues, ce qui aurait pu combler en partie ces lacunes. Ce manque de savoir et de communication génère une prise de conscience insuffisante de l'importance d'une optimisation et des attitudes variées selon les praticiens. Face à la stabilité clinique, certains ne se questionnent pas sur la modification du traitement, d'autres ne l'optimisent pas par crainte de la iatrogénie. De fait, les patients restent à des doses rassurantes pour le médecin, mais toujours insuffisantes pour le bon équilibre du patient.

De plus, comment imaginer que soit réalisée cette optimisation lorsque les médecins ignorent les significations des termes de titration et de dose maximale tolérée. Ainsi, ce concept vague vient accroître la complexité de cette maladie pour laquelle la physiopathologie et le mode d'action des molécules ne sont que peu maîtrisés. Il subsiste une difficulté à la prescription des bêta-bloquants qui ont pourtant fait preuve de leur efficacité sur la mortalité depuis de nombreuses années.

Par ailleurs, les médecins généralistes n'ont pas conscience du rôle clé qu'ils ont à jouer. Certains considèrent que c'est une pathologie de spécialiste et délèguent intégralement la prise en charge. Toutefois, les difficultés d'accès au cardiologue, le long délai de réception des courriers parfois dénués d'explications et de consignes, sont autant de facteurs limitant l'optimisation thérapeutique.

Ainsi, il convient d'améliorer les comptes-rendus dans leur contenu et dans leur délai et d'assurer un correspondant aux généralistes. L'objectif est de transmettre les directives pour le suivi plus régulier que les omnipraticiens effectueront, en leur expliquant le principe de la titration.

La diffusion des recommandations et la formation doivent également être améliorées. La formation devra être axée sur la thérapeutique, interactive, et inciter à adhérer aux consignes. Une fois les recommandations connues, appuyées par les directives du cardiologue, le médecin sera davantage à l'aise et pourra optimiser le traitement dans un climat de sécurité. Nous serions alors face à des questions plus pratiques qui concerneraient les effets du traitement sur les patients en fonction de leurs différents antécédents et mode de vie. Néanmoins, les freins à la réalisation de la titration reposent davantage sur le côté chronophage de la surveillance que sur les potentiels effets secondaires. Les réseaux d'insuffisants cardiaques incluant le télémonitorage voient le jour. Nous percevons un scepticisme de la part des généralistes qui redoutent de perdre leur place de référent. Cependant, ces réseaux permettraient un meilleur suivi du patient, par exemple pour la pression artérielle, dont la chute est redoutée chez la personne âgée seule au domicile. Les patients, généralement âgés et aux lourdes comorbidités, n'ont souvent pas pris la pleine mesure de la gravité de leur pathologie. Les défauts d'adhésion thérapeutique et d'observance au suivi soulignés lors des entretiens limitent l'optimisation thérapeutique. L'éducation, survolée ou réalisée de manière malhabile, a pourtant une place centrale dans la prise en charge de l'insuffisant cardiaque. Les réseaux pourraient permettre de la renforcer. Ainsi, leur développement est à promouvoir mais nécessite un important travail d'informations et d'échanges avec les médecins généralistes, peu avisés à l'heure actuelle. Le principal défi à relever consiste à ce que les médecins prennent conscience de l'importance de l'optimisation thérapeutique et du rôle qu'ils ont à jouer dans le diagnostic et l'optimisation du traitement. Il faut absolument limiter la perte de chance pour le patient liée à l'inertie thérapeutique. A plus forte raison, il est capital d'avoir le souci constant d'actualiser et d'élargir ses connaissances, face à une médecine en continuelle évolution. Quelle sera la conduite à tenir dans les années à venir pour l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection intermédiaire ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Nellessen E, Piérard L. Perspectives thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque. Rev Med Suisse. 2012;8,1591-7.
- [2] Haute Autorité de Santé. Note méthodologique: comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque? [en ligne]. Avril 2015. Disponible sur http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/note_methodo_synthese_documentaire_ic_web.pdf.
- [3] Franzin-Garrec M. L'insuffisance cardiaque, une maladie chronique en augmentation alarmante. Soins. 2013;58(774):25.
- [4] Participation à la conférence de presse du Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies. Soutien à l'Insuffisance Cardiaque [en ligne]. 2017. Disponible sur https://www.sic-asso.org/participation-a-conference-de-presse-groupe-insuffisance-cardiaque-cardiomyopathies-2__trashed/.
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France, rapport 2017 [en ligne]. 2017;250-3. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>.
- [6] Talbot R. Fédération des Médecins de France, le Prado insuffisance cardiaque, premier pas vers la rémunération à l'épisode de soins? [en ligne]. Mars 2018. Disponible sur <https://www.fmfpro.org/le-prado-insuffisance-cardiaque-premier-pas-vers-la-remuneration-a-l.html>.
- [7] Novartis. Conférence de presse. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque : tous concernés [en ligne]. 26 mars 2019. Disponible sur https://www.e-cordiam.fr/wp-content/uploads/2019/04/Novartis_DP_VDEF.pdf.
- [8] Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More « malignant » than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail. 2001;3(3):315-322.
- [9] Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Caractéristiques et trajets de soins des insuffisants cardiaques du régime général. Points de repère, revue de l'assurance maladie n°38 [en ligne]. 2012;38. Disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/points_repere_n_38.pdf.
- [10] Université Médicale Virtuelle Francophone. Collège des enseignants de cardiologie et maladies vasculaires. Insuffisance cardiaque de l'adulte [en ligne]. 2011. Disponible sur

http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_250/site/html/cours.pdf.

[11] Haute Autorité de Santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins [en ligne]. Juin 2014. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242983/en/guide-parcours-de-soins-de-l-insuffisance-cardiaque.

[12] Hanon O, Aupetit JF, Bénétos A, Berrut G, Emeriau JP, Friocourt P et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. *Revue Gériatr.* 2004;Tome 29,577-594.

[13] Cyr V, Nguyen J. La personne âgée et la prise en charge pharmacologique de l'insuffisance cardiaque : comment s'y retrouver ? *SQIC ChroniCoeur.* 2017;Vol 12 n°3,1-5.

[14] Cohen Solal A. Quatre décennies de traitement de l'insuffisance cardiaque : quelle épopée et ... que de changements ! *Med Sci (Paris)* 2019;35:399-400.

[15] Société Française de pharmacologie et de thérapeutique. Insuffisance cardiaque : les points essentiels [en ligne]. 31 mai 2018. Disponible sur <https://pharmacomedicale.org/component/zoo/item/insuffisance-cardiaque-les-points-essentiels>.

[16] Cohen-Solal A, Bouvier E, Bourgoin P. Bêta-bloquants et insuffisance cardiaque. *Réanimation, société de réanimation de langue française.* 2002;Vol 11,117-124.

[17] Cohen-Solal A. Management of heart failure by general practitioners in France. Results of the study improvement of heart failure. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2002;95(5 Spec 4):11-5. [18] Jondeau G, Allaert FA, Leurs I. Management of heart failure by French general practitioners in 2003. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2004;97(9):833-9.

[19] Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, José Ramon Gonzalez-Juanatey, Dirk J. van Veldhuisen, Erland Erdmann et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the Malher survey. *Eur Heart J* 2005;26:1653-9.

[20] Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola V-P, et al. EuroHeart Failure Survey II : a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur Heart J.* 2006;27(22):2725-2736.

[21] Komajda M, Anker SD, Cowie MR, Filippatos GS, Mengelle B, Ponikowski P, et al. Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction : data from the Qualify global survey. *Eur J Heart Fail.* 2016;18(5):514-522. [22]

Bracchetti J. La prise en charge, notamment thérapeutique, des patients insuffisants cardiaques chroniques en médecine générale est-elle en adéquation avec les recommandations ? [Thèse]. Poitiers : Université de Poitiers. 2014;88p.

- [23] Msadek S. Description des pratiques du médecin généraliste dans l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque en sortie d'hospitalisation : état des lieux et perspectives [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes. 2015;61p.
- [24] Kyre A. Evaluation de la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite par les médecins généralistes en Gironde [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2018;54p.
- [25] Packer M, Bristow MR, Cohn JN, Colucci WS, Fowler MB, Gilbert EM et al. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. U.S. Carvedilol Heart Failure Study Group. *N Engl J Med* 1996;334:1349-55.
- [26] Consensus Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1987;316(23):1429-1435.
- [27] Investigators, T. S. Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD). Rationale, design and methods : Two trials that evaluate the effect of enalapril in patients with reduced ejection fraction. *American Journal of Cardiology* 1990;66(3):315-322.
- [28] Young JB, Dunlap ME, Pfeffer MA, Probstfield JL, Cohen-Solal A, Dietz R, et al. Mortality and morbidity reduction with Candesartan patients with chronic heart failure and left ventricular systolic dysfunction : results of the CHARM low-left ventricular ejection fraction trials. *Circulation*. 2004;110(17):2618-2626.
- [29] Konstam MA, Neaton JD, Dickstein K, Drexler H, Komajda M, Martinez FA et al. Effects of high-dose versus low-dose losartan on clinical outcomes in patients with heart failure (HEAAL Study) : A randomised double-blind trial. *Lancet* 2009;374:1840-8.
- [30] McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med*. 2014;371(11):993-1004.
- [31] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS et Al. 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). *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200.
- [32] Al-Khatib SM, Gentile FF, Birtcher KK, Gidding AS, Bozkurt FB, Hlatky FMA, et al. Guideline for the Management of Heart Failure. *J Card Fail*. 2016;22(9):659-69
- [33] Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance. Observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir*. 2005;22:31-4.

- [34] Ministère des solidarités et de la santé. Age des médecins par spécialité [en ligne]. Disponible sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3794>.
- [35] Radreau M. L'impact du programme Prado insuffisance cardiaque dans la réduction des ré hospitalisations pour décompensation cardiaque aiguë [Thèse]. Strasbourg : Université de Strasbourg. 2018;107p.
- [36] Thomas C. Enquête de faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale [Thèse]. Toulouse : Université Toulouse III. 2014;100p.
- [37] Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Eastaugh J, Follath F et al. Management of heart failure in primary care (the Improvement of Heart Failure Programme) : an international survey. *Lancet* 2002;360:1631-9.
- [38] Remme WJ, McMurray JJV, Hobbs FDR, Cohen-Solal A, Lopez-Sendon J, Boccanelli A, et al. Awareness and perception of heart failure among European cardiologists, internists, geriatricians, and primary care physicians. *Eur Heart J*. 2008;29(14):1739-52.
- [39] Genève C. Difficultés ressenties face à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en médecine générale en Gironde en fonction de l'accès aux soins [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2017;83p.
- [40] Saudubraya T, Saudubrayb C, Vibouda C, Jondeauc G, Vallerona 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;vol26,845-850.
- [41] Derthoo D. Trajet de soins extra-hospitalier commun pour l'insuffisance cardiaque en Flandre du sud, centrale et occidentale. Disponible sur <https://www.tvcjdc.be/fr/article/22908433/>.
- [42] Vandebossche JL. Comment améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque par le médecin généraliste ? *Rev Med Brux*. 2012;33:273-9.
- [43] De Groote P, Isnard R, Clerson P, Jondeau G, Galinier M, Assyag P et al. Improvement in the management of chronic heart failure since the publication of the updated guidelines of the European Society of Cardiology. The Impact-Reco Programme. *Eur J Heart Fail*. 2009;11:85-91.
- [44] Nassiet S. Physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, traitements et éducation thérapeutique du patient à l'officine [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2015;118p.

ANNEXE 1 : CANEVAS D'ENTRETIEN

1. Pouvez-vous me décrire le profil de votre patientèle d'insuffisants cardiaques ?
2. Comment êtes-vous informé des recommandations ? Que pensez-vous des derniers changements ?
3. Réévaluez-vous le traitement de fond du patient insuffisant cardiaque ?
4. Quelles seraient vos réticences à la prescription des molécules recommandées ?
5. Quelle place donnez-vous au diurétique de l'anse ?
6. Que représente pour vous le concept de titration du traitement de fond ?
Dans le cas où la notion n'était pas connue, elle était expliquée aux médecins.
7. Qu'en pensez-vous ? Aviez-vous cette notion qu'il était préconisé de traiter à dose maximale tolérée ? Vous sentez-vous capable de gérer cela ?
8. Que pensez-vous de l'observance thérapeutique chez l'insuffisant cardiaque ?
9. Quel rôle attribuez-vous au cardiologue ? Qu'attendez-vous de ce dernier ?
10. Quelles sont selon vous les raisons de l'insuffisance de prescription des traitements recommandés ?
11. Comment améliorer la prise en charge à l'échelle locale ?

ANNEXE 2 : CD-ROM TRANSCRIPTIONS

OPTIMISATION DU TRAITEMENT DE FOND DE L'INSUFFISANT CARDIAQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : FREINS ET PISTES D'AMÉLIORATION

INTRODUCTION : Face à l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance cardiaque et sa lourde morbidité, la lutte contre l'inertie thérapeutique est capitale. Différentes études ont révélé des prescriptions insuffisantes en terme d'association de molécules et de dosage. En conséquence, l'objectif de notre étude était de comprendre les réticences des médecins généralistes à prescrire et optimiser les thérapeutiques recommandées.

MÉTHODE : Etude observationnelle par méthode qualitative avec approche par théorisation ancrée à partir de 19 entretiens semi-dirigés.

RÉSULTATS : Par défaut de connaissances et d'adhésion aux recommandations, il s'est avéré que l'optimisation des traitements n'était pas effectuée. Le concept de titration, souvent obscur pour les médecins, venait accroître la complexité de la prise en charge de cette pathologie. L'absence d'habitude, le manque de directives et l'accès complexe au cardiologue étaient soulignés. Le rôle des généralistes s'avérait mal défini et certains renvoyaient la responsabilité de la gestion du traitement au spécialiste. Les principaux freins relatés dans la littérature semblaient être liés au patient et ses comorbidités, mais notre étude a montré que de nombreux autres facteurs participaient à l'inertie, qui était alors justifiée par une stabilité clinique, une crainte de la iatrogénie chez des patients fragiles, et parfois un manque de temps.

CONCLUSION : Pour assurer un suivi optimal pour les patients, les médecins auront à prendre conscience de l'importance de l'optimisation et du rôle qu'ils ont à jouer. Pour cela, une bonne connaissance et une adhésion totale aux recommandations, avec l'aide des directives des cardiologues, seront un socle essentiel. De plus, le développement des réseaux d'insuffisants cardiaques nécessitera l'inclusion des généralistes, peu avisés à l'heure actuelle. Et donc, devant l'enjeu majeur de santé publique que représente l'insuffisance cardiaque, une meilleure communication dans la population générale et auprès des médecins sera nécessaire.

Mots clés : insuffisance cardiaque, médecins généralistes, optimisation, traitement de fond, freins, pistes d'amélioration

INTRODUCTION : Today, we are faced with the increase in the prevalence of heart failure and its heavy morbidity and mortality, the fight against therapeutic inertia has become essential. Various studies have revealed insufficient prescriptions in terms of molecule combination and dosage. Consequently, the objective of our study was to understand the reluctance of General Practitioners to prescribe and optimize the recommended therapies.

METHOD : Observational study was undertaken using a qualitative method, with a theoretical approach based on 19 semi-structured interviews.

RESULTS : Due to a lack of knowledge and adherence to the recommendations, it turned out that the optimization of treatments was not carried out. The concept of titration, often obscure for doctors, increased the complexity of the pathology management.

An absence of working habits, lack of guidelines and complex access to the cardiologist were highlighted. The role of GPs turned out to be ill-defined for them, and some transferred responsibility for managing the treatment to the specialists. The main obstacles reported in the literature seemed to be related to the patients and their comorbidities, but our study showed that many other factors contributed to the inertia, which was then justified by clinical stability, a fear of iatrogenism in fragile patients, and sometimes a lack of time was a factor.

CONCLUSION : To ensure optimal follow-up for patients, doctors will have to realize the importance of optimization and the role they are required to play. For that reason, with the help of the cardiologists' directives, a good knowledge together with a total adherence to the recommendations, will be an essential pillar. In addition, the development of heart failure networks will require the inclusion of GPs who are currently not fully updated on the subject. Therefore, given the major public health challenge of heart failure, a better communication among the general population and with the GPs will be necessary.

Keywords: heart failure, General Practitioners, optimization, long-term treatment, impediment, opportunities for improvement.