

2023-2024

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MEDECINE GENERALE

**PLACE DU MEDECIN GENERALISTE
DANS LA COORDINATION ET LA PRISE
EN CHARGE DU PATIENT PRESENTANT
UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE**

ETUDE QUALITATIVE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES DANS LA SUBDIVISION D'ANGERS

CHUA Elisa

Née le 09.06.1995 à Villepinte (93)

GOMES Maria

Née le 24.08.1994 à Dhaka (Bangladesh)

Sous la direction de Dr. GHALI Maria

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Président
Madame le Docteur GHALI Maria	Directrice
Madame le Docteur BARBIER Flore	Membre
Monsieur le Docteur GUSTIN Gilles	Membre

Soutenue publiquement le :
04 Juillet 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignées CHUA Elisa et GOMES Maria
déclarons être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par les étudiantes le **01/06/2024**

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 ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS

Remerciements communs aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, merci de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de notre soutenance de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Merci de votre investissement auprès de tous les étudiants en médecine.

A Monsieur le Docteur Gilles GUSTIN, merci d'avoir accepté de juger notre travail de thèse. Merci pour ta gentillesse, ton temps et ton investissement.

A Madame le Docteur Flore BARBIER, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Merci pour ta joie de vivre, ta bienveillance et ton professionnalisme.

A Madame le Docteur Maria GHALI, merci infiniment d'avoir accepté de diriger notre thèse. Nous t'exprimons notre profonde gratitude de nous avoir guidées depuis le début de ce travail et pour tes précieux conseils. Merci de ta patience, de ta disponibilité et de ta gentillesse.

Remerciements aux participants :

Nous remercions tous les médecins généralistes ayant participé à notre travail de thèse, d'avoir pris le temps de répondre aux entretiens. Chaque entretien a été enrichissant pour nous humainement et professionnellement.

Remerciements professionnels d'Elisa :

A mon tuteur Gilles, merci de m'avoir guidée durant ces années d'internat tu es un exemple pour moi.

Aux Dr. Eouzan, Dr. Luisetti, Dr. Blondin, Dr. Combes et Dr. Hatiez, merci de m'avoir encadrée et transmis votre passion pour ce métier humain et de m'avoir permis de voler de mes propres ailes.

A la team de Sablé : Alexis, Marine, Jean-Marie merci de m'avoir si bien accueillie, accompagnée dans votre cocon et fait confiance pour mes débuts.

Merci aux équipes des services des urgences et de pédiatrie de Laval, de pneumologie au Mans, de med po à Cholet et tous les médecins généralistes pour cet accompagnement et pour tout ce que vous m'avez appris.

Remerciements professionnels de Maria :

Merci au service de cardiologie de Cholet, c'est lors de ce stage que ce sujet de thèse m'est venu à l'esprit.

Merci à l'ensemble des personnels lors de mes stages (urgences du Mans, SSR St Barthélémy (merci en particulier à Dr Hureaux), gynéco/pédiatrie et cardio Cholet).

A mes MSU de niveau 1 et SASPAS, merci de m'avoir transmis vos connaissances et de m'avoir donné goût à la médecine générale.

A tous les médecins, et internes que j'ai pu croiser depuis mon externat jusqu'à maintenant, vous m'avez tous profondément inspiré, le médecin que je deviendrai est en partie grâce à vous, merci !

A tous les paramédicaux que j'ai croisé sur mon chemin, merci pour votre bienveillance, vous m'avez beaucoup appris.

Au Dr Castaldi, merci de m'avoir encouragé à me lancer dans ce beau métier.

REMERCIEMENTS ELISA

A mes chers parents, nani et nana, mon frère John et mon chien Donia, merci de m'avoir offert un socle solide à base de faratas et de thés réconfortants et pour votre soutien sans pareil au quotidien.

A Julien mon chaton, merci d'être à mes côtés et de partager ma vie jusqu'à Dagotière, d'avoir toujours le mot pour rire et d'être positif avec ce grain de folie en toutes circonstances « An egg on the head ».

Aux autres membres de ma famille, merci tatie Tzonia tu aurais été contente de me voir aujourd'hui, Tatïe Sabo et Tatïe Brinda, les tontons, Morgane, les cousins et cousines en France et à l'île Maurice. Merci à Huguette et Claude.

A Priyanka mon rayon de soleil, ton soutien inconditionnel jusqu'au fin fond de la pampa et tes encouragements m'ont été d'une grande aide. Les rolls de ta maman y sont pour beaucoup. « J+1021 ».

A toute la team de P13 : My-lien, Christelle, Berthe, Eugénie, Vaarany, Yasmine, Kim et Hévi merci pour tous ces fous rires au R600, les tiramisus dans la tour et la grosse ambiance des centaines de partiels qu'on a passé ensemble. Merci à celles qui ont eu l'occasion de venir sur Angers et pour la frayeur quand on a oublié les clés dans l'appart.

A mes copines d'enfance Marija, merci d'avoir refait le monde avec moi, depuis les cours de chimie au collège jusqu'aux cours de golf cette année, Maelys, Ibtissem, Rama, Bruno et Prescillia.

A Clémence Fromage, merci de m'avoir accompagné du 1^{er} au dernier jour d'internat et encore aujourd'hui, de m'avoir fait découvrir le Livarot et transmis ta passion pour la couture, la poterie, le jardinage, les poules ! Cette amitié est très enrichissante pour moi.

A Tiphaine, merci pour tous les week-ends à Laval à jouer au baby-foot, les soirées à thème, les dimanches à tenter de réussir le crawl à Aquavita, la transmission de l'appartement qui m'a bien fait les jambes !

A Clémence Renier et Adrien, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement sur Angers dès mon 1er jour et de m'avoir soutenue tout au long de l'internat. Merci pour les soirées, la zumba sur glace, les ateliers couture citrouille et les balades Salciennes avec Ambroise et Ulyo.

A Tanya, merci d'avoir totalement transformé ma dernière année Angevine, d'avoir été partante pour tester tous les sports des plus loufoques possibles, et surtout merci pour ta précieuse aide à la relecture car sans toi ce manuscrit aurait piqué les yeux.

A Louise, Noémie et Briac, merci d'avoir partagé un an de vie commune avec moi, participé à mes vidéos de 1 seconde et supporté mes appels téléphoniques transatlantiques quotidiens.

A Joy et Jorick, merci d'avoir donné une saveur toute particulière à mes premiers pas en Sarthe et de continuer à me faire rêver à distance via votre folle vie de globe trotteurs. Big up à doudou le torchon.

A tous mes autres colocataires et co-internes croisés sur le chemin de l'internat et qui ont rendu mon expérience Angevine unique et inoubliable: Guillaume, Morgan, Julien, Walid, Juliette Ivan, Alice, Juliette Michel.

Merci à tous ceux qui ont fait le déplacement pour m'accompagner aujourd'hui à devenir docteur après 10 ans de travail à la BU, dans ma chambre, dans les transports, à l'hôpital, week-end et jours fériés inclus.

Merci aux autres amis et médecins que je n'ai pas cités.

Et enfin milles mercis à Maria, devenue ma sœur Angevine, de qui les gens ne me différencient plus. Merci pour toute cette belle aventure depuis les bancs du R600, on a vagabondé de Bobigny à Angers en passant par Loué et même jusqu'à Cholet à tout partager. Merci pour cette thèse que je n'aurais pu faire sans toi ni sans cette manucure dont tu rêves depuis si longtemps.

REMERCIEMENTS MARIA

Un rêve de petite fille s'accomplit aujourd'hui, en devenant le premier médecin de la famille. Un long parcours difficile, mais je me suis sentie tellement soutenue par vous tous, MERCI !

A mes parents, Ma et Papa, vous êtes les meilleurs parents que je puisse espérer. Votre soutien, gentillesse, présence m'ont toujours épaulée. Merci d'avoir fait ce parcours hors norme, d'avoir quitté votre terre natale pour réaliser de nouveaux rêves. Ma, merci pour tes prières, ton amour, tes petits plats, tes massages pendant les moments de stress, tu as été un pilier dans ma réussite. Papa, merci pour les bols de fruits pendant mes révisions et de m'avoir fait confiance. A mon grand frère, Ricky (Dada), nous nous sommes beaucoup chamaillés, mais on sait qu'on peut toujours compter l'un sur l'autre, merci infiniment de m'avoir supportée et encouragée depuis le début. Je vous aime !

Une grande pensée pour mes grands-parents (Dida, Nanu, Takurma, Takurda). Même si nous sommes loin, vous m'avez toujours donné la force par vos encouragements. Merci de votre amour, vous êtes si précieux pour moi. Merci à toute ma famille au Bangladesh pour votre soutien, surtout Shushanto kaku.

Merci à la famille Taglang : Marie-Christine, Alain, Rémy et Chloé (et la future petite princesse). Je suis si heureuse de vous avoir connus, merci pour votre gentillesse, c'est toujours un plaisir de se retrouver et de découvrir le Sud avec vous !

A toi ma meilleure amie Milita, tu es plus qu'une amie. Merci pour tous ces fous rires depuis nos 12ans, avec tous nos « délires » et les spectacles de danse, à marcher pieds nus dans tout Paris ! J'espère qu'on restera toujours fortes et unies. Merci de m'avoir toujours soutenue pendant ces longues études. Merci aussi à Ishita, Nandita et Nini, vous comptez beaucoup dans ma vie, tellement de moments drôles ensemble, je vous aime !

A toi ma Bettina, tu as été là depuis le début : l'époque de MSN jusqu'à l'époque où tu es une incroyable maman. Merci d'avoir été l'amie que tu es, aussi bienveillante, gentille, tu es si importante dans ma vie. Merci pour tout ce que tu m'apportes; d'avoir été ton témoin me rend si fière. Merci aussi à Onik et ma Piya d'amour.

A ma team P13 Bobigny, les girls : My-Lien, Yasmine, Kim, Hévi, Christelle ! On se connaît depuis la P1/P2. Notre amitié perdurera toujours, je l'espère. Merci pour tous les fous rires, les soirées pyjamas, les karaokés, les voyages. Vous êtes toutes incroyables ! Merci à toutes les personnes que j'ai croisées pendant mon externat, la team géria (Naima, Sarah, Kavita, Marion), ma Lindsay, Alexandre.

A toi ma Noémie, sans toi je n'aurais sûrement pas réussi la P1, tu as été un binôme de rêve.

A tous les amis, collègues, que j'ai rencontrés pendant mon internat, merci d'avoir rendu ces 3 années d'internat plus simples. Merci à ma team Zénitude (Benoit et Ariane), la team SSR St Barth, la team pédi/gynéco. A Joy et Jorick, mes Louésiens préférés, merci d'avoir rendu cette coloc à Loué si fun !

Merci à Marie-Thérèse, Lise, Eric Récopé, Pierre Tritz, de m'avoir toujours soutenue et encouragée.

A toi ma Elisa Rati Brenda, tous les moments passés depuis la P1 à faire nos soirées, nos sous-colles, à stresser pour les partiels et à découvrir la région bordelaise pour un stage qui au final était un voyage. Après notre road trip de 3jr (à la découverte de l'Anjou), on a fini par choisir la même ville d'internat. Et aujourd'hui, nous passons notre thèse ensemble, qui aurait cru ! Merci de m'avoir proposé de boire un verre ce jour à Tonton Foch ! Merci pour ton investissement dans ce travail, j'étais heureuse de pouvoir le faire avec toi, tu as été une vraie motivation ! Tu resteras toujours une grande amie dans mon cœur. Nous sommes enfin thésées !!!

A mon Bruno (le doudou le plus mignon), merci de m'avoir toujours écouté sans dire un mot (haha).

A toi mon Guillaume, t'avoir connu est l'une des plus belles choses qui me soient arrivées. Les balades de 15km qui initialement devaient durer 5min, tes blagues, tes post-it du matin, tes attentions, me donnent le sourire. Je suis fière de la personne et du médecin que tu es. Merci de me donner autant de bonheur et surtout de m'épauler à chaque étape de ma vie. Je suis chanceuse de partager ma vie avec toi, hâte de vivre encore plein d'aventures ensemble, de beaux voyages, et manger beaucoup de haleem. Je t'aime !

Merci à toutes les personnes que je n'ai pas pu citer, mais qui m'ont soutenue de loin comme de près !

Liste des abréviations

ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
APA	Activité physique adapté
ARA II	Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
BNP	Brain Natriuretic Peptide
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CR	Compte-rendu
CRH	Compte rendu hospitalier
CRP	Protéine C réactive
DC	Décompensation cardiaque
DPC	Développement professionnel continu
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Effets indésirables
ESC	European Society of Cardiology
ETP	Education thérapeutique du patient
ETT	Echographie trans-thoracique
FEVG	Fraction d'éjection ventriculaire gauche
FMC	Formation médicale continue
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HTA	Hypertension artérielle
IC	Insuffisance cardiaque
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
ISGLT2	Inhibiteur du co-transporteur sodium-glucose 2
IV	Intra-veineux
MG	Médecin généraliste
MIC	Majoration insuffisance cardiaque
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSU	Maitre de stage universitaire
NT-pro BNP	N-terminal Brain natriuretic peptide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRADO	Programme de retour à domicile
RHD	Règles hygiéno-diététiques

Plan

INTRODUCTION

1. Définition et épidémiologie
2. Prise en charge du patient présentant une insuffisance cardiaque
3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients présentant une décompensation cardiaque ?

- 1.1. Les médecins généralistes prenaient en charge l'épisode aigu en ambulatoire ...
- 1.2. ... et rencontraient quelques difficultés liées aux patients
- 1.3. Leur prise en charge dépendait aussi de leur lieu d'exercice ...
- 1.4. ... avec quelques fois une orientation hospitalière ...
- 1.5. ... ou un recours au cardiologue
- 1.6. Et après l'épisode aigu ?

2. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge le suivi chronique du patient présentant une insuffisance cardiaque ?

- 2.1. Les médecins généralistes étaient des acteurs majeurs dans le suivi et la coordination du parcours de soins du patient...
- 2.2. ... tout en assurant la gestion thérapeutique
- 2.3. Les médecins généralistes évoquaient par ailleurs la place de l'éducation thérapeutique du patient dans le suivi ...
 - 2.3.1. ... à des moments variables ...
 - 2.3.2. ... selon des modalités variables ...
 - 2.3.3. ... et avec une équipe de soins ...
- 2.4. ... ainsi que celle du Programme de Retour A Domicile (PRADO)
- 2.5. ... et expliquaient participer à des formations médicales continues

3. Comment les médecins généralistes communiquent-ils avec les cardiologues ?

4. Quelles difficultés ressentaient les médecins généralistes en soins primaires et quelles améliorations souhaiteraient-ils ?

- 4.1. Les médecins généralistes témoignaient de leurs difficultés au quotidien dans la prise en charge du patient présentant une insuffisance cardiaque ...
- 4.2. ... et proposaient des pistes d'améliorations

DISCUSSION

1. Forces et limites

2. Comparaison avec la littérature

- 2.1. Concernant les thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque
- 2.2. Concernant le suivi chronique des patients présentant une insuffisance cardiaque
 - 2.2.1. La place du PRADO
 - 2.2.2. La place de l'éducation thérapeutique du patient
 - 2.2.3. Les outils disponibles pour améliorer la communication et la prise en charge

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Annexe 1: Schéma du mécanisme d'action des gliflozines

Annexe 2: Guide d'entretien

Annexe 3: Grille COREQ

Annexe 4: Formulaire de consentement à destination des participants

Annexe 5: Retranscription d'un entretien

Annexe 6: Protocole d'hospitalisation à domicile

Annexe 7: Fiche décisionnelle d'entrée dans le PRADO IC

Annexe 8: Savoir identifier sa consommation de sel

Annexe 9: Fiche d'aide à la pratique de l'ETP en médecine générale

Annexe 10: Programme de rééducation cardiaque - Les Capucins Angers

Annexe 11: Programme de réadaptation cardiaque - CH Nord Mayenne

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA COORDINATION ET LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRESENTANT UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE

CHUA Elisa et GOMES Maria

L'ensemble du travail a été réparti équitablement entre les auteurs. Les recherches bibliographiques et la rédaction du guide d'entretien ont été effectuées ensemble. Les entretiens, leur retranscription et l'analyse des données a été faite séparément de manière équilibrée avec une réflexion commune. La rédaction du manuscrit a également été répartie de manière équitable.

INTRODUCTION

1. Définition et épidémiologie

L'insuffisance cardiaque (IC) fait partie des enjeux de santé publique majeurs, avec une prévalence de 2,4% de la population française (soit environ 1,5 million de Français) (1), allant jusqu'à 10% dans la population âgée de plus de 75 ans (2). C'est une pathologie sous diagnostiquée (3), qui pourrait en réalité atteindre 2 millions de Français (4). C'est aussi une maladie sévère entraînant de nombreuses comorbidités responsable de plus de 200 000 hospitalisations et 70 000 décès par an. Son impact économique s'élève à 3,1 milliards d'euros par an (5). A l'avenir, avec le vieillissement de la population et l'amélioration de la prise en charge et de la survie des patients atteints de comorbidités favorisant le développement de l'IC, sa prévalence risque d'augmenter de 25% tous les quatre ans (2). Elle fait partie des affections de longue durée exonérantes (ALD n°5) par l'assurance maladie (6). Cette pathologie a par ailleurs un impact sur la qualité de vie des patients et de leur entourage de par sa symptomatologie, la nécessité d'un suivi médical régulier, une prise quotidienne de traitements et l'importance de suivre une hygiène de vie rigoureuse. Plus de la moitié des adultes atteints d'IC se déclare en mauvaise santé, avec un fort impact sur les activités quotidiennes et la vie professionnelle (4).

Elle est définie par au moins des symptômes et des signes cliniques, avec la preuve d'une anomalie structurelle et/ou fonctionnelle cardiaque ayant pour conséquence une élévation des pressions intracardiaques ou une inadéquation du débit cardiaque. La classification de l'IC est définie selon la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) en 3 classes : IC à FEVG préservée $\geq 50\%$, IC à FEVG moyennement réduite (41-49%) et IC à FEVG réduite $\leq 40\%$ (7).

La recherche d'une anomalie cardiaque sous-jacente est indispensable au diagnostic. Il s'agit le plus souvent d'une atteinte directe du muscle myocardique entraînant une IC systolique ou diastolique. La première cause d'IC à FEVG réduite est la cardiopathie ischémique, où l'IC est secondaire à un

infarctus du myocarde, ou à des lésions coronariennes le plus souvent diffuses d'où l'intérêt en médecine générale de dépister les facteurs de risques cardiovasculaires (8).

Les symptômes de l'IC peuvent être divers, avec des symptômes d'IC gauche et/ou droite. Chez les personnes âgées, ils peuvent être aspécifiques (asthénie, confusion, perte d'autonomie...) (9). Il est indispensable de rechercher le(s) facteur(s) favorisant la survenue d'une décompensation cardiaque (DC), comme les infections notamment broncho-pulmonaires, le passage en fibrillation atriale, l'anémie, l'ischémie myocardique et l'inobservance thérapeutique (10). D'autres facteurs doivent aussi être recherchés, comme une alimentation trop riche en sel, la décompensation d'une maladie chronique (ex : diabète, dysthyroïdie), ou encore une embolie pulmonaire.

L'interrogatoire et un examen clinique complet avec le poids, permettent d'orienter le médecin généraliste (MG) dans la réalisation éventuelle d'examens complémentaires. L'électrocardiogramme (ECG) lorsqu'il est disponible, permet d'orienter vers une cause (séquelles d'ischémie, troubles du rythme). Le dosage des peptides natriurétiques (NT-pro BNP ou BNP) doit être réalisé lorsqu'on suspecte un épisode de DC. Si le dosage de BNP est < 100 pg/mL ou NT-proBNP < 300 pg/mL, le diagnostic d'IC aiguë peut être éliminé (9). En cas de NT-pro BNP > 400 pg/mL pour les personnes de moins de 50 ans, > 900 pg/mL entre 50 et 75 ans et > 1800 pg/mL au-delà de 75 ans, le diagnostic d'IC aiguë est très probable (11).

Le MG réalise selon l'urgence de la situation un bilan biologique (9) comportant : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin (natrémie, kaliémie), créatininémie, débit de filtration glomérulaire estimé (DFG), glycémie à jeun, exploration d'anomalie lipidique, bilan hépatique, TSH, albumine, urée, NT pro BNP ou BNP.

2. Prise en charge du patient présentant une IC

L'IC est une maladie chronique, fréquente et grave. Sa prise en charge s'articule autour de plusieurs éléments :

- les règles hygiéno-diététiques (RHD) avec un régime pauvre en sel et une alimentation de type méditerranéenne (9),

- la pratique d'une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour (si besoin activité physique adaptée (APA), kinésithérapie),
- des mesures préventives (vaccination, arrêt du tabac),
- les thérapeutiques avec notamment l'apparition des nouvelles molécules.

En effet, de nouvelles molécules, les gliflozines (inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose 2, ISGLT2), ont été introduites récemment dans la prise en charge de l'IC (7). Ces traitements doivent être initiés en complément d'un traitement de fond déjà optimisé, comprenant :

- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAII) ou l'association inhibiteur de la néprilysine/ARAII (sacubitril/valsartan),
- les bêta-bloquants,
- les antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes,
- les diurétiques.

Le mécanisme d'action des ISGLT2 consiste à inhiber le cotransporteur sodium-glucose 2 au niveau du tube contourné proximal, induisant une glycosurie avec une réduction de la glycémie et une baisse de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) de 0,4 à 0,8% (selon les études et les combinaisons thérapeutiques) (Annexe 1). Cette inhibition entraîne en plus d'une natriurèse, une diurèse osmotique responsable d'une mise en jeu du feedback glomérulo-tubulaire réduisant la pression de filtration glomérulaire. La réduction de la volémie entraînant une baisse de la pression artérielle de l'ordre de 4 à 6 mmHg pour la systolique et de 1 à 2 mmHg pour la diastolique, diminuant les conditions de charge (pré- et post-charge) cardiaque, ce qui ne peut qu'être bénéfique chez le patient présentant une IC. Cette classe thérapeutique est donc bénéfique pour les patients diabétiques, insuffisants rénaux et insuffisants cardiaques (12).

Plusieurs études multicentriques à grande échelle ont démontré l'efficacité des gliflozines dans l'IC. Deux gliflozines ont obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans l'IC, indépendamment du statut diabétique et de la FEVG. Il s'agit de la dapagliflozine et l'empagliflozine. Cette classe

thérapeutique représente une innovation remarquable chez les patients présentant une IC avec FEVG préservée, car pendant longtemps il n'y avait eu aucun traitement diminuant la morbi/mortalité pour ces patients.

D'après l'étude DAPA-HF (13) publiée en 2019, dans la population des patients ayant une IC avec une FEVG diminuée, la dapagliflozine diminuerait la survenue d'une DC, le nombre d'hospitalisation et la mortalité pour cause cardio-vasculaire, indépendamment du statut diabétique des patients. De même, l'étude EMPEROR-REDUCED publiée en 2020 (14), a démontré des résultats similaires chez les patients avec une FEVG diminuée en utilisant l'empagliflozine. Enfin, l'empagliflozine a prouvé son efficacité dans l'IC, chez les patients ayant une FEVG préservée comme le montre l'étude EMPEROR-PRESERVED publiée en 2021 (15) (diminution du nombre d'hospitalisations et de la mortalité pour cause cardio-vasculaire).

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a une place majeure dans l'accompagnement du patient, lui permettant ainsi d'être acteur de sa maladie et d'améliorer sa qualité de vie. Elle fait partie intégrante et permanente du parcours de soin du patient. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), c'est un processus dont le but est d'aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (16). L'apprentissage et le soutien psychosocial permettent d'aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et les traitements. C'est un des éléments permettant d'éviter la progression de la maladie, et d'améliorer l'espérance et la qualité de vie des patients (17).

3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge

En médecine générale, l'IC concerne en moyenne 2 actes par semaine et par médecin. Un peu plus de 80% des actes consacrés à l'IC sont réalisés par le MG (18), qui s'inscrit comme coordinateur de l'ensemble des prises en charges pluriprofessionnelles des patients. Il a un rôle clé car il assure le recueil des données, la tenue du dossier médical et la transmission d'informations entre les différents professionnels de santé intervenants dans le parcours de soins d'un patient (9).

Ainsi, une bonne communication entre les différents acteurs (MG, cardiologues, Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), équipe hospitalière et aidants familiaux) est nécessaire pour une meilleure prise en charge du patient. De plus, le MG aide à sécuriser et encadrer les retours à domicile après un épisode aigu en orientant le patient ou les familles vers les aides nécessaires (à la mobilisation, à la toilette, aide-ménagère). Un élément permettant de fluidifier le parcours hôpital-ville lors d'une sortie d'hospitalisation est le programme de retour à domicile (PRADO).

La connaissance du réseau paramédical de son secteur ainsi que les habitudes de travail, permettent une meilleure communication et une fluidité dans la prise en charge. Toutefois, le MG peut être confronté à des difficultés sur la transmission d'informations (courrier de consultation, compte rendu d'hospitalisation (CRH)) ou d'adressage vers un cardiologue (19, 20).

Des thèses précédentes ont démontré que les patients atteints d'IC étaient sous-traités et que les MG n'optimisaient pas suffisamment les traitements et rencontraient des difficultés à appliquer les recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) (21).

Par ailleurs, de nouvelles recommandations sur la gestion de l'IC ont été émises notamment sur le plan thérapeutique avec possibilité de primo prescription de certains traitements par les MG. Les chercheuses se sont donc intéressées dans ce contexte, à savoir comment les MG prenaient en charge les patients présentant une IC, ainsi que les difficultés auxquelles ils faisaient face en soins primaires.

Objectif principal :

Quelles sont les difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge des patients atteints d'IC ?

Objectifs secondaires :

Evaluation de la pratique des MG vis-à-vis de la gestion de la DC et de l'optimisation des traitements de fond. Evaluer les pratiques d'ETP, la connaissance du PRADO, la place de l'ECG et des FMC. Evaluer le rôle du médecin traitant dans la coordination des soins. Exploration des pistes d'amélioration possibles.

MÉTHODES

Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès des MG installés dans la subdivision d'Angers, dans les départements du Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne.

Présuppositions des chercheuses

- La prise en charge serait facilitée selon la proximité entre le cabinet médical et le service de cardiologie.
- Il y aurait une difficulté à l'utilisation des nouvelles thérapeutiques par les MG, qui constituerait un frein à l'adaptation médicamenteuse.
- Les MG auraient des difficultés à effectuer une adaptation thérapeutique après modification par le cardiologue.
- Les MG rencontrent des contraintes pour la prise en charge et la coordination d'une DC.
- La communication entre la médecine de ville et hospitalière aurait un impact sur la qualité du soin.

Constitution de l'échantillon

Le recrutement des MG a été effectué à partir des maîtres de stage universitaires (MSU) que les chercheuses connaissaient puis par un recrutement en boule de neige. Les participants ont été contactés en visu, par e-mail ou par téléphone. Le nombre d'entretiens a été fixé a priori à 20 entretiens. Ils se sont déroulés jusqu'à suffisance des données.

Les critères de variations maximales étaient les suivants : le sexe, l'âge, l'année d'installation, la modalité d'exercice (cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle), lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et l'accessibilité au cardiologue.

Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé d'août 2023 à février 2024, à l'aide d'un guide d'entretien, conçu à partir des données de la littérature et des présuppositions des chercheuses (Annexe 2).

Le guide d'entretien cherchait à explorer les thèmes suivants : le suivi du patient présentant une IC (aiguë et chronique), les nouvelles thérapeutiques dans l'IC, la place de l'ECG, la communication entre les MG et les cardiologues, les difficultés rencontrées et les pistes d'améliorations possibles. Il a été modifié au fil des entretiens et de l'analyse au fil de l'eau. L'étude a été réalisée selon les critères de qualité de la grille COREQ (22) (Annexe 3).

Les entretiens ont été enregistrés via un dispositif audio, anonymisés puis retranscrits sur un fichier Microsoft® Word. Ils se sont déroulés soit dans un lieu au choix du MG interrogé (cabinet, université, domicile), soit par entretien visuel ou téléphonique. Un consentement éclairé a été obtenu auprès des participants avec une possibilité de rétraction à tout moment de l'entretien (Annexe 4). Aucune donnée personnelle n'a été conservée à l'issue de l'étude.

Analyse des données

Chaque chercheuse a réalisé une retranscription de ses entretiens sur un fichier Microsoft® Word en intégralité, en respectant le langage oral. Les éléments non verbaux (hésitations, attitude, doutes, rires, silences) ont été relevés par les chercheuses lors des entretiens, à l'aide d'un journal de bord. Un double codage a été réalisé à partir du Verbatim, sur un fichier Microsoft® Excel. Les unités de sens ont été isolées, puis regroupées en sous thèmes et thèmes, selon une théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée par la directrice de thèse.

RÉSULTATS

Au total, sur les 23 MG contactés initialement, 14 entretiens ont été réalisés. La durée moyenne des entretiens a été de 27,43 minutes. Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, atteinte à l'entretien 13 et confirmée par un dernier entretien (Annexe 5).

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le tableau I ci-dessous :

Tableau I : caractéristiques des participants

Entreti en	Sexe	Âge (années)	Année d'instal- -lation	Département/vi lle	Population	Modalités d'exercices	Durée (minutes)
E1	H	51	2002	Sarthe/ Sablé sur Sarthe	semi-rural/ rural	MSP	15
E2	F	61	1989	Maine-et-Loire/ Ponts de Cé	urbain	cabinet seul	21,05
E3	F	67	1990	Maine-et-Loire/ Miré	Rural	cabinet seul	30
E4	H	46	2009	Maine-et-Loire/ Angers	urbain	cabinet de groupe	19,15
E5	H	58	2001	Maine-et-Loire/ Segré	semi-rural	MSP	27
E6	H	32	2020	Maine-et-Loire/ Beaupréau	semi-rural/ rural	MSP	5,13
E7	H	37	2014	Maine-et-Loire/ Verrières-en- anjou	urbain/ semi-rural	cabinet de groupe	34
E8	H	44	2019	Sarthe/ Château du Loir	semi-rural/ rural	MSP	30,20
E9	F	41	2012	Mayenne/ Craon	Rural	MSP	42
E10	F	30	2023	Sarthe/ Brûlon	Rural	MSP	45
E11	H	37	2021- 2023	Mayenne/ Laval	urbain	cabinet de groupe	27,40
E12	F	49	2008	Mayenne/ Saint- Pierre-des-Nids	Rural	cabinet de groupe	25,20
E13	H	50	2002	Maine-et-Loire/ Cholet	urbain	MSP	41
E14	H	30	2022	Sarthe/ Le Mans	urbain	cabinet de groupe	22

H = Homme, F = Femme

MSP= maison de santé pluridisciplinaire, MSU = maître de stage universitaire

1. Comment les MG prennent-ils en charge les patients présentant une décompensation cardiaque (DC) ?

1.1. Les MG prenaient en charge l'épisode aigu en ambulatoire ...

La plupart des MG interrogés géraient la DC en reconnaissant les **symptômes cliniques**, ce qui leur permettait d'évaluer le degré de sévérité : « *j'évalue le degré de gravité* » (E1) ; « *il s'agissait d'un patient altéré, avec une dyspnée de repos, une tachycardie à 100 battements par minutes* » (E12).

Une fois le diagnostic posé, la majorité des MG essayaient de **prendre en charge le patient en ambulatoire** dans la mesure du possible : « *je gère le traitement dans la majorité des cas et je prends un avis cardiologique si besoin mais généralement il n'y a pas besoin* » (E5).

Par ailleurs, la majorité d'entre eux prescrivaient immédiatement un **bilan biologique** dès le début de la DC comprenant un ionogramme et des BNP (ou NT-pro BNP). Certains rajoutaient la protéine C réactive (CRP) et/ou une **radiographie thoracique** pour rechercher une part infectieuse. Quelques MG ne réalisaient pas systématiquement de bilan biologique : « *les patients que je connais IC et dont je sais que leurs NT-pro BNP naviguent autour de 4000-5000 je ne vais pas réaliser un bilan biologique* » (E8). D'autres le réalisaient selon l'évolution de la clinique du patient. Quelques MG recontrôlaient les examens biologiques « *un bilan de contrôle quelques jours après pour m'assurer de l'absence de troubles ioniques* » (E5).

L'ensemble des MG interrogés réalisaient la **gestion thérapeutique d'une DC également en ambulatoire**. La majorité agissait en débutant ou en majorant les traitements diurétiques, « *si je pense que ça peut se gérer à la maison et s'il n'a pas besoin d'oxygène, alors j'augmente le Lasilix pendant une semaine* » (E9), « *j'adapte les traitements notamment du diurétique en vérifiant bien sur les constantes et le poids* » (E14). Les MG essayaient aussi de prendre en charge en fonction des autres traitements du patient « *parfois je réadapte en fonction des diurétiques et des antihypertenseurs* » (E4). Un MG anticipait l'épisode de DC chez ses patients ayant une IC connue quand ceux-ci présentaient une infection, « *un patient qui fait une bronchite ou infection pulmonaire, je majore ses*

diurétiques en anticipant, ça permet d'éviter des décompensations » (E5). Certains MG réalisaient des primo-prescriptions de diurétiques selon la nécessité clinique du patient.

Enfin, un MG réalisait la prise en charge thérapeutique en aiguë selon les directives données par le cardiologue « le cardiologue m'a demandé d'augmenter considérablement la dose de furosémide per os avec une surveillance du poids et de la diurèse et en fonction de ces résultats de les appeler si ça n'allait pas » (E13).

1.2. ... et rencontraient quelques difficultés liées aux patients

L'évaluation du degré de sévérité dépendait des antécédents du patient. Quelques MG soulignaient la **complexité et la fragilité** de certains, *« patient de 87 ans, DC à répétitions, chutes fréquentes, insuffisance rénale chronique sévère, diabétique compliqué, hospitalisation tous les mois, il décompensait très brutalement » (E10), « antécédent de colectomie avec stomie pour un cancer du côlon, avec épisode d'hyperkaliémie » (E12). D'autres ont souligné que l'existence d'un antécédent d'IC permettait de reconnaître plus précocement une récurrence de DC : « c'est rare que je découvre une IC, c'est toujours des patients insuffisants cardiaques connus » (E14).*

Plusieurs MG évoquaient que l'un des critères importants pour prendre la décision si le patient pouvait être soigné en ambulatoire ou en hospitalier était **l'autonomie** de celui-ci : *« une personne plus autonome ou avec un aidant très fiable je peux la laisser gérer et laisser une consigne » (E14), « si ce patient était seul ou avait une conjointe de 90 ans aussi, je ne l'aurais pas gardé, j'aurais dit au cardiologue que je ne peux pas le dépléter à domicile en per os car il n'y a personne pour alerter s'il décompense » (E13). L'autonomie et la participation des aidants ont été mentionnées à plusieurs reprises pour la décision du lieu de la prise en charge.*

Quelques MG relevaient comme difficulté dans leur gestion le **manque d'adhésion du patient par refus de soin** ou inobservance : *« Elle ne voulait faire absolument aucun examen, elle ne voulait pas de suivi infirmier » (E9).*

1.3. Leur prise en charge dépendait aussi de leur lieu d'exercice ...

Deux MG avaient changé de milieu d'exercice durant leur carrière (passage du milieu rural au milieu urbain) par choix personnel. Ces MG expliquaient que **la gestion de la DC n'était pas tout à fait la même selon leur lieu d'exercice**. Un MG rapportait que les patients arrivaient parfois dans des états plus altérés en milieu rural, qu'en milieu urbain. Il effectuait une prise en charge complète en milieu rural « *à la campagne je faisais tout ... je majorais le Lasilix, je prescrivais des ionogrammes, BNP, troponines, je surveillais le poids, je regardais les apports sodiques, l'hydratation, je gérais... j'avais des patients avec un tableau d'œdème du poumon* » (E4) alors qu'en « *ville je vois beaucoup moins de poussée d'IC* » (E4).

D'ailleurs, l'organisation de la prise en charge pouvait également se faire au **domicile du patient**. Plusieurs MG prescrivaient ainsi une surveillance à domicile par un IDE. Cela permettait d'avoir une surveillance plus régulière avec mesure des constantes, prise du poids et réalisation de bilans biologiques afin d'alerter le MG si le patient se dégradait cliniquement. D'autres MG s'assuraient d'avoir une surveillance à domicile par la famille « *je m'assure que la personne soit bien entourée chez elle surtout si la personne est fragile* » (E8).

L'instauration d'un protocole via **l'hospitalisation à domicile** (HAD) était évoquée par un MG. Cela nécessitait que le patient présente les critères d'inclusion et l'absence de critères d'exclusion (Annexe 6) et permettait de réaliser une déplétion intra-veineuse (IV) « *c'est des gens dont on sait exactement ce qu'il se passe, avec une cardiopathie évoluée, sans autres possibilités thérapeutiques quasi grabataires avec absence d'intérêt d'être réhospitalisés et l'aval des cardiologues, on peut dépler à la maison* » (E13).

1.4. ... avec quelques fois une orientation hospitalière ...

En présence de **signes cliniques de gravité** diagnostiqués (nécessité d'oxygénothérapie, d'une déplétion IV, échec de déplétion orale), les MG adressaient leurs patients aux **urgences** avec un courrier d'adressage « *les plus graves avec détresse respiratoire et besoin de rechercher la cause de la*

DC, je les envoie aux urgences » (E9), « si c'est un œdème aigu pulmonaire massif, je ne me pose même pas de questions, j'envoie aux urgences » (E13). Les urgences choisies étaient souvent les plus proches du cabinet médical.

D'autre part, quelques MG évoquaient que certains patients se rendaient spontanément aux urgences sans les consulter lorsqu'ils ressentaient des symptômes graves, *« décompensation très rapide, je n'avais même pas le temps de la voir, elle allait directement aux urgences » (E5), « souvent je n'ai pas le temps de les voir à ce stade (dyspnée, OMI, impossibilité de se déplacer), ils appellent le 15 avant » (E11).*

Un MG évoquait la possibilité d'hospitaliser ses patients ayant une IC connue sans traitement curatif prévu au sein d'un **hôpital local de proximité**, permettant ainsi d'éviter le recours aux urgences. Cette hospitalisation était réalisable pour ce MG uniquement chez ses patients âgés, lorsque le facteur déclenchant était connu et que le patient nécessitait une oxygénothérapie et/ou une déplétion IV avec une surveillance paramédicale et biologique. Cela permettait à ce MG d'avoir une continuité de soins, car c'était lui qui suivait ses patients à l'hôpital local *« ce que je peux faire moi là où je bosse c'est travailler avec l'hôpital local, des fois quand il y a besoin d'oxygène, d'une perfusion de furosémide avec surveillance IDE plus rapprochée, moi je le suivais à l'hôpital local, on passait le cap et hop retour à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). C'est très pratique pour les patients fragiles et âgés, qu'on ne veut pas envoyer aux urgences par exemple où on a acté qu'il n'y aurait pas de transfert aux urgences » (E9).*

1.5. ... ou un recours au cardiologue

Une partie des MG interrogés s'adressait de préférence au **centre hospitalier public le plus proche** de leur lieu d'exercice *« ça peut m'arriver d'adresser les patients au cardiologue du CH » (E14).* Certains MG utilisaient la ligne d'avis téléphonique du centre hospitalier (CH) ou du centre hospitalier universitaire (CHU) afin de savoir si l'état clinique de leur patient nécessitait un adressage hospitalier *« sur le CHU il y a les urgences cardiologiques, on arrive à avoir un cardiologue d'astreinte rapidement » (E1).*

Plusieurs MG par habitude et facilité, adressaient leurs patients au **service de cardiologie de la clinique privée** pour une hospitalisation ou une consultation y compris pour un primo-adressage : *« j'appelle directement le cardiologue de garde de la clinique, je lui explique le problème, ils prennent facilement là-bas »* (E5). Ces MG évoquaient une prise en charge facilitée lorsqu'ils adressaient en clinique de par une communication fluide, l'accès à une hospitalisation plus simple (plus de places) et une connaissance personnelle des cardiologues *« si j'ai besoin d'un avis téléphonique, j'appelle la clinique, j'ai un avis très rapidement, je les connais tous un peu, c'est un bon réseau »* (E5).

La moitié des MG essayaient de contacter dans un premier temps le **cardiologue référent** du patient s'il en avait un *« si c'est une DC au cabinet avec quelqu'un qui est limite, qu'il faut qu'il soit vu rapidement, faire une échographie, essayer de comprendre la cause de la DC, là j'appelle le cardiologue référent »* (E5), *« j'appelle le cardiologue du patient déjà, s'il en a un »* (E12).

1.6. Et après l'épisode aigu ?

Lorsque **la gestion initiale était réalisée en ambulatoire**, la majorité des MG réévaluaient cliniquement leur patient **dans la semaine suivante** *« je le revois à quelques jours, voire une semaine maximum »* (E1), *« je réévalue rapidement dans la semaine qui suit »* (E8). Certains MG choisissaient le délai de réévaluation selon l'autonomie du patient *« si c'est un patient qui vit tout seul, je le revois plutôt à J3 alors que s'il est cohérent plutôt à J7 »* (E12), *« une personne isolée qui n'a pas forcément une bonne compréhension de sa pathologie je vais la convoquer plus rapidement »* (E14).

Deux MG réévaluaient leurs patients **dans le mois suivant** *« ce sera peut-être trois semaines à un mois pour faire le point »* (E3), *« puis je réévalue la situation à distance en reconvoquant le patient entre deux et trois semaines »* (E14). Un MG réévaluait à la demande du patient *« je fais confiance au patient quand je les connais bien, je sais qu'ils vont me rappeler si besoin »* (E3).

Deux MG réalisaient des **réévaluations téléphoniques** *« je rappelle le patient dans la semaine qui suit pour me donner des nouvelles sur les symptômes sans forcément les revoir physiquement, ça peut être juste un coup de téléphone »* (E5).

Par ailleurs, **après une hospitalisation**, le délai de réévaluation par les MG était majoritairement dans les 3 à 4 semaines suivant le retour à domicile « *je vais chez le patient isolé dans le mois qui suit* » (E5), « *généralement je les revois dans les trois semaines pour faire le point, mettre à jour le dossier, revoir l'ordonnance et faire le renouvellement* » (E11). Un médecin revoyait ses patients systématiquement dans la semaine suivant la sortie de l'hôpital si le patient avait pris rendez-vous. Lors de cette réévaluation, la plupart des MG déclaraient spontanément que les patients étaient bien équilibrés sur les traitements de l'IC, un MG avait modifié le traitement aigu « *je peux baisser le Lasilix ou modifier les autres traitements* » (E6) mais la majorité ne modifiait pas le traitement de fond de l'IC « *je ne bouleverse pas tout dès qu'ils sortent* » (E11). Cette consultation permettait de **refaire le point sur la vaccination** anti-pneumococcique.

Deux MG évoquaient la **gestion des effets indésirables (EI) des traitements introduits à l'hôpital** « *quand ils sortent ils sont tellement déplétés qu'ils sont hypotendus, ils nous ont enlevé les IEC et les inhibiteurs calciques et donc on se retrouve très rapidement avec des patients hypertendus* » (E12), « *le problème c'est que systématiquement ils sortent avec du Diffu-K et c'est souvent pas approprié, généralement dans les 6 mois qui suivent je vais diminuer ou arrêter le Diffu-K* » (E11).

Certains MG utilisaient la **cotation majoration insuffisance cardiaque** (MIC) lors de cette consultation de réévaluation.

2. Comment les MG prennent-ils en charge le suivi chronique du patient présentant une IC ?

2.1. Les MG étaient des acteurs majeurs dans le suivi et la coordination du parcours de soins du patient...

Le **suivi chronique du patient présentant une IC** se faisait en moyenne tous les 3 mois (entre 2 et 4 mois). Plusieurs MG rapportaient qu'ils donnaient des consignes de surveillance sur la pathologie et qu'en cas de dégradation ou de signe d'alerte, ils revoyaient les patients plus rapidement : « *je donne les consignes de surveillance et je les revois 3 mois plus tard* » (E11). Plusieurs critères étaient

mentionnés comme déterminants dans le suivi du patient, comme son autonomie ou son isolement : « *ceux qui sont isolés à domicile tous les 2 mois* » (E5).

Si la majorité des MG étaient équipés d'un **ECG**, ce dernier n'était pas toujours évoqué comme un outil dans le suivi du patient présentant une IC : « *je ne l'utilise pas trop pour la dyspnée, ni dans le suivi de l'IC* » (E6), en soulignant qu'« *en dehors de signes je ne le fais pas forcément de façon systématique parce qu'ils sont suivis par le cardiologue régulièrement, les cardiologues ne me demandent pas forcément comment est l'ECG quand je les appelle parce qu'il y a une DC* »(E13). En effet, les **indications d'utilisation les plus fréquentes** d'ECG par les MG étaient à l'unanimité le diagnostic des **troubles du rythme** et pour plusieurs MG **la douleur thoracique** : « *c'est intéressant dans les troubles rythmiques, les patients à qui on suspecte d'être en FA, si on n'a pas d'ECG c'est clairement limitant* » (E7). Quelques MG l'utilisaient pour d'autres motifs tels que le suivi annuel du patient présentant un diabète ou une hypertension artérielle (HTA), ainsi que pour les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique du sport : « *lors d'une demande de certificat de sport chez une personne avec des antécédents familiaux ou s'il a plus de 40 ans* » (E14).

Quelques MG évoquaient le développement de différents **outils de télésurveillance**, à l'hôpital et en ambulatoire, comme la **balance connectée** : « *notre cardiologue utilise la balance connectée elle dit que c'est le plus fiable pour surveiller le poids* » (E10). Ainsi, « *quand un patient rentre à domicile avec une télésurveillance de la saturation et du poids, ces personnes ont un appareil relié directement au centre expert, ils se pèsent tous les jours et peuvent être rappelés par le cardiologue lors d'une prise de poids trop rapide* » (E8). Aucun MG ne l'utilisait pour le suivi du poids et un MG a émis un avis mitigé car cela rajoutait un travail personnel supplémentaire non valorisé : « *sur le plan théorique ça peut être une bonne idée mais sur le plan pratique ça va être encore un site de plus à aller contrôler* » (E11).

A propos de la **coordination des soins**, quelques MG s'assuraient de prendre eux-mêmes les rendez-vous pour leurs patients chez le cardiologue, surtout quand le patient n'avait pas de cardiologue

réfèrent, ou que le délai de rendez-vous était trop long « *je prends les rendez-vous moi-même en appelant le cardiologue* » (E2). Un MG prenait les rendez-vous s'il était inquiet pour le patient « *on gère vraiment quand on est vraiment inquiets on fait les demandes par nous-mêmes* » (E14).

Enfin, plusieurs MG géraient la prise des rendez-vous selon **le degré d'autonomie du patient** « *pour la gestion des rendez-vous je m'adapte à l'âge des patients, à sa capacité de faire, à son autonomie, à l'aidant* » (E4), « *des fois je prends rendez-vous pour les personnes âgées en difficultés, ou les personnes très isolées, je prends rendez-vous pour eux sur Doctolib, ça ne me dérange pas de le faire de manière ponctuelle* » (E8).

2.2. ... tout en assurant la gestion thérapeutique

La majorité des MG se sentaient **à l'aise pour la gestion des traitements de fond de l'IC** : « *je me sens à l'aise, les insuffisants cardiaques sont relativement bien suivis par les cardiologues, gérer un patient IC chronique au cabinet ce n'est pas un problème* » (E5). Ils essayaient de gérer les traitements de fond en fonction de l'état clinique et des antécédents du patient : « *quand il y a une perte de poids trop importante, je diminue un peu certains traitements, donc j'adapte sans difficultés en général* » (E14), « *dans le mois qui suit la DC, je leur remets tranquillement leur IEC et puis les inhibiteurs calciques* » (E12).

Plusieurs MG réalisaient les **ajustements thérapeutiques selon les directives laissées dans le courrier du cardiologue**, « *s'il dit clairement comment augmenter alors je le fais, sinon non. S'il a envie que je fasse quelque chose de mon côté, il me le dit* » (E10). D'autres préféraient ne pas instaurer ni changer les thérapeutiques et poursuivaient les traitements de fond initiés par le cardiologue « *lorsqu'il y a des traitements à instaurer c'est fait par le cardiologue* » (E5). Quelques MG ne réalisaient pas de modification de traitement seuls « *je n'ai pas assez d'expérience là-dessus pour le faire de façon autonome* » (E1) ; pour « *instaurer l'Aldactone par exemple, je vais avoir tendance à appeler le cardiologue, je préfère qu'il soit au courant, plutôt que de faire n'importe quoi* » (E13).

En revanche, certains ressentaient quelques fois des **difficultés à gérer les traitements de fond de l'IC**. Ils pouvaient être moins à l'aise au niveau de certaines molécules, ou concernant les indications

thérapeutiques : « il y a quand même des trucs qui me questionnent, l'Entresto je ne me vois pas du tout l'introduire, ceux qui l'ont je ne comprends pas l'indication » (E9), « je suis moins à l'aise à utiliser l'Entresto » (E10), « ce qui est peut-être plus compliqué c'est la croissance des bêta-bloquants » (E5).

Quid des nouvelles thérapeutiques ?

Tous les MG connaissaient les gliflozines. La majorité avait découvert cette classe thérapeutique via les **prescriptions par les autres spécialistes** (cardiologues, endocrinologues, néphrologues) : « les tous premiers c'était des ordonnances des patients qui sont revenus me voir, je me suis demandé ce que c'était » (E12). Plusieurs MG en avaient **entendu parler à l'occasion de leur Formation Médicale Continue (FMC)**, « j'ai fait une formation développement professionnel continu (DPC) en ligne il y a un an de 4 heures sur l'IC, j'ai pris connaissance en détail de l'intérêt des gliflozines » (E14). Quatre MG avaient pris connaissance des gliflozines par les **représentants de laboratoires pharmaceutiques**. Enfin, deux d'entre eux avaient approfondi leurs connaissances par la lecture des études scientifiques sur ces nouvelles molécules.

Si la majorité **des MG ont déclaré n'avoir jamais réalisé de primo-prescription dans le cadre de l'IC**, la moitié évoquait que « dans le cadre du diabète, je suis à l'aise » (E5), « je prescris les gliflozines plutôt pour le diabète » (E6), et un seul MG l'avait primo-prescrit dans le cadre de l'insuffisance rénale mais en concertation avec le néphrologue.

En effet, la méconnaissance des indications était évoquée pour la moitié des MG qui affirmait que « c'est une molécule dont je ne connais pas du tout les indications, je ne savais pas que je pouvais les prescrire » (E11). D'autres mentionnaient **ne pas avoir l'habitude** de manipuler ces traitements et notamment chez les patients âgés « je n'arrive pas à le cerner ce médicament qui a l'air de fonctionner sur tout, pour l'instant je ne le prescrirais pas » (E3).

Quelques MG avaient déjà initié la prescription d'une gliflozine chez un patient présentant une IC : « le Forxiga, j'introduis facilement » (E4). Trois MG ont exprimé **un avis positif sur les gliflozines**, en expliquant que « ça permet d'éviter une progression de la maladie ou en tout cas de stabiliser les choses, de diminuer l'HbA1c et en plus ça protège les reins » (E10). Un MG rapportait une

bonne tolérance chez ses patients avec une bonne observance au quotidien. Toutefois, d'autres avaient un **avis perplexe** avec soit une méfiance, soit une absence de résultat sur leurs patients traités, « *j'attends de voir, je ne vais pas me précipiter, je me méfie* » (E9), « *au niveau du diabète j'ai des résultats plutôt moyens* » (E13). Un MG évoquait « *des problèmes de tolérance, il y a des gens qui ne supportent pas trop* » (E14), et un autre s'interrogeait sur la différence de coût entre la dapagliflozine et l'empagliflozine, avec d'éventuels conflits d'intérêts : « *il doit y avoir des laboratoires qui sont passés par là* » (E12).

Enfin, **l'ensemble des MG réalisant les prescriptions de gliflozines abordaient les EI** fréquents liés à ces traitements : « *il faut bien informer le patient sur les molécules ainsi que sur les résultats, qu'effectivement ils peuvent avoir des problèmes urinaires* » (E8). Un MG les anticipait : « *j'ai tellement pris l'habitude que je mets le tube d'éconazole avec* » (E4). En effet, les EI fréquemment rapportés étaient les infections urinaires et génitales, comme les « *ulcérations du gland, balanites ou des urétrites* » (E12), ainsi que l'hypotension artérielle. Dans ce cadre, la moitié des MG avaient déjà **arrêté la prescription d'une gliflozine pour cause d'EI**. Quelques MG exprimaient qu'ils ne **modifiaient le traitement qu'après l'accord du spécialiste** ayant introduit initialement le traitement. Certains MG n'interrompaient pas le traitement dès la première infection urinaire ou génitale, en précisant que « *si les infections urinaires sont récidivantes, pour une indication en lien avec le diabète j'ai tendance à l'arrêter et à le substituer par autre chose* » (E13).

2.3. Les MG évoquaient par ailleurs la place de l'ETP dans le suivi ...

La grande majorité des MG participaient à l'ETP à des échelles différentes, ou s'assuraient que l'ETP soit réalisée par d'autres professionnels de santé (IDE Asalée, diététicien, séance dédiée pendant l'hospitalisation). Uniquement deux MG ne réalisaient pas d'ETP.

2.3.1. ... à des moments variables ...

Plusieurs MG réalisaient cette ETP **à distance de l'épisode aigu** pour mieux expliquer les consignes, soit pendant la consultation de réévaluation après une DC, ou lors de la consultation de suivi. Un MG mentionnait que ça lui arrivait *« de dédier une consultation entière à l'ETP, quand le patient est bien stable je le préviens la fois d'avant, en lui demandant de préparer des questions. Lors de cette consultation je lui dis si vous le voulez bien on va parler de votre maladie pendant 20 minutes »* (E13).

Un MG réalisait l'ETP **de manière systématique pour l'ensemble de ses patients présentant une IC** (y compris pour le patient qui n'ayant jamais fait de DC). Selon lui, c'était un outil qui pouvait permettre d'avoir une **amélioration de l'état de santé des patients, notamment en matière de prévention.**

2.3.2. ... selon des modalités variables ...

Certains MG discutaient avec leurs patients des **connaissances et des représentations** qu'ils avaient sur leur maladie : *« on peut parler de leurs peurs, comment ils représentent ça, certains se disent si je mange une huître je vais mourir demain »* (E13).

Un MG expliquait qu'il discutait toujours avec le patient sur le déroulement de l'hospitalisation, la compréhension de la maladie, ses peurs, en sortie d'hospitalisation. Ce MG insistait sur l'implication de la famille pour l'ETP, en convoquant la famille pendant cette consultation : *« les explications de l'ETP, je ne le fais pas tant pour le patient mais pour la famille surtout. C'est plus la famille qui voit aussi l'épisode aigu du patient »* (E11).

La majorité des **MG expliquaient les symptômes de l'IC à leurs patients**, pour les sensibiliser et les alerter à consulter rapidement en présence de ces symptômes : *« il faut sensibiliser les gens à ce qu'est une DC, être vigilant à surveiller son poids, ses œdèmes, puis ne pas attendre le dernier moment pour venir »* (E7), *« je dis aux patients : s'ils sont essoufflés ou s'il y a une prise d'un ou deux kilos dans la semaine vous m'appellez »* (E9). Certains MG expliquaient qu'ils souhaitaient que **le patient soit acteur de sa santé** en comprenant mieux sa maladie.

La plupart des MG insistaient sur les **RHD** auprès de leurs patients présentant une IC, en précisant qu'« *il faut les sensibiliser à la consommation du sel, leur expliquer ce qu'est une alimentation trop salée en leur donnant des exemples d'aliments* » (E7). Un MG expliquait qu'il écrivait les RHD qu'il donnait à ses patients pour qu'ils retiennent mieux « *j'écris ou je donne des documents par rapport au sel, poids, se peser tous les X temps* » (E2).

Un autre mentionnait qu'il parlait aussi de l'importance de l'activité physique.

2.3.3. ... et avec une équipe de soins ...

Les MG interrogés évoquaient **d'autres professionnels pouvant intervenir autour de l'ETP**, comme les diététiciens qui réalisaient une consultation sur les RHD pendant l'hospitalisation des patients, ou encore les IDE. Ainsi, certains MG travaillaient avec des IDE Asalée (souvent dans les MSP), en adressant leurs patients pour l'explication des RHD. D'autres MG soulignaient que dans le cadre de l'IC, « *ça peut être très intéressant de développer des IDE Asalée pour l'IC, mais pour l'instant elles travailleraient plus sur le côté poids, gestion des facteurs de risques cardio-vasculaires, mais pas tellement sur l'IC* » (E14).

Un MG a souligné qu'il travaillait plutôt avec les IDE à domicile pour l'ETP, pour expliquer les consignes aux patients, et surveiller les symptômes cliniques du patient à son domicile. Par ailleurs, un MG soulignait que lorsqu'il adressait ses patients chez le cardiologue, celui-ci participait aussi à l'élaboration de l'ETP.

Enfin, aucun MG n'a évoqué spontanément l'orientation des patients pour une réadaptation cardio-vasculaire.

2.4. ... ainsi que celle du Programme de Retour A Domicile (PRADO)

Tous les MG connaissaient le dispositif du PRADO dans le cadre de l'IC, mais la majorité avait rarement eu des patients qui y étaient inclus : « *je suis assez surpris du peu de patients que j'ai qui sortent avec le PRADO* » (E7) et quelques MG n'avaient eu aucun de leurs patients inclus « *je n'utilise*

jamais, je n'ai aucun patient sous ce dispositif » (E6). Par ailleurs, certains manquaient d'informations, et ne savaient pas si le dispositif existait sur leur lieu d'exercice : « je ne connais pas les critères d'inclusion dans le PRADO, je ne sais pas quand est ce qu'ils le mettent en place, je n'ai jamais rien compris à ça » (E3). Un MG se posait la question de savoir s'il pouvait l'instaurer lui-même. Enfin, quelques MG remarquaient un manque de communication de la part de l'hôpital lors de l'instauration du dispositif chez leur patient : « le PRADO ne nous appelle pas forcément pour nous prévenir, je n'ai pas forcément l'information à part le patient lui-même qui peut me le dire » (E13), « il y a ce problème de délai pour recevoir le CRH, parfois on l'apprend alors que le PRADO est déjà terminé » (E14).

Quelques MG ont émis un **avis positif** sur le dispositif. Selon eux, il permettait de responsabiliser les patients avec une implication des intervenants paramédicaux et de la famille plus importante, « d'un point de vue surveillance infirmier/famille, ça donne un plus » (E5), « je trouve que c'est simple, le carnet PRADO pour les IDE à domicile, le poids, la tension. Elles ont des critères clairs pour nous appeler ou pas » (E12). Un MG rapportait que le livret d'information du PRADO aidait à la bonne compréhension des RHD « quand ils sortent de l'hôpital, ils ont le livret qui est plutôt bien fait qui reprend les points sur le plan diététique » (E5). Un autre MG évoquait que le CRH de ses patients lui parvenait plus rapidement lorsque ceux-ci sortaient avec le PRADO. Enfin, certains MG ajoutaient qu'une consultation de réévaluation dans le mois était programmée dans ce cadre.

En revanche, plus de la moitié des MG ont émis un **avis mitigé sur le PRADO**. En effet, certains n'observaient pas de différence avec ou sans ce dispositif : « je n'ai pas vu la différence par rapport à une surveillance classique par une IDE, sans PRADO je pense qu'on aurait eu le même résultat » (E10). Plusieurs soulignaient que « quand ils sortent de l'hôpital en général ils sont équilibrés, ils ne reviennent pas pour une nouvelle DC à J8 dans notre cabinet » (E7). De plus, un MG mentionnait une perte d'information au cours du suivi où le livret était partiellement rempli et régulièrement oublié en consultation par le patient. Enfin, quelques MG relevaient un système d'alerte qui n'était pas au point avec une absence de retour par les paramédicaux lorsque des signes cliniques de DC réapparaissaient : « la prise de poids rapide, les problèmes tensionnels, je pense qu'il y a un petit délai pour nous prévenir par rapport aux signes d'alerte » (E8).

Enfin, certains MG ont émis des **avis négatifs** sur le dispositif, le trouvant peu adapté à l'ambulatoire « *c'est fait par l'hôpital pour l'hôpital, où on n'a pas de lien et c'est peu pertinent* » (E9).

2.5. ... et expliquaient participer à des FMC

L'ensemble des MG interrogés ont participé à des FMC au cours de leur carrière. Certains réalisaient une ou plusieurs FMC par an, d'autres de manière plus irrégulière selon leurs possibilités. Seulement deux MG n'avaient pas réalisé de FMC dans les 3 dernières années. La moitié des MG interrogés ont récemment participé à une **FMC sur une thématique cardiologique**, et quelques MG sur l'IC notamment pour mieux manier les nouvelles thérapeutiques.

Certains MG n'hésitaient pas à faire des formations hors de leur territoire d'exercice. D'autres préféraient réaliser des FMC en ligne notamment avec le système de DPC. Il s'agissait surtout de deux MG « *moi je fais des formations surtout chez moi, en distanciel* » (E14). Ces MG ont précisé que les FMC à distance étaient plus pratiques et les thématiques plus larges, ils pouvaient réaliser ces formations pendant leurs jours de repos.

Quelques MG réalisaient des FMC grâce à des groupes d'échanges de pratiques avec leurs pairs.

Plusieurs MG ont rappelé l'importance de continuer à faire des FMC tout au long de leur carrière.

Concernant **les formations et les ressentis des MG sur la lecture des ECG**, trois MG se sentaient en aisance à la lecture de l'ECG dont deux qui avaient travaillé un semestre dans un service de cardiologie pendant leur internat « *j'étais suffisamment à l'aise, il y a beaucoup d'ECG que j'interprète par moi-même* » (E14). La majorité des MG ressentaient des **difficultés à la lecture de l'ECG** par eux-mêmes, certains avaient peur de passer à côté d'une anomalie, d'autres évoquaient le fait qu'ils en faisaient peu donc perdaient l'habitude de les interpréter : « *je rame plus ou moins pour les interpréter parce qu'à force, on oublie* » (E5), « *Dès que ça sort de l'ordinaire, parfois je me fais aider par mes collègues* » (E10).

Deux MG avaient réalisé une **formation spécifique pour l'apprentissage de la lecture de l'ECG**, « *je me suis reformée en e-learning sur les cas classiques en cabinet avant de prendre mon ECG* » (E8).

3. Comment les MG communiquent-ils avec les cardiologues ?

Différents outils étaient cités par les MG pour favoriser la communication avec les cardiologues.

Lorsqu'ils avaient besoin d'un avis ponctuel ou urgent dans la journée, le mode de communication le plus fréquemment employé était **l'appel téléphonique** : « *quand j'ai besoin d'un avis ou d'une réévaluation clinique rapide, j'appelle le cardiologue de ville, on les a au téléphone assez rapidement* » (E1). La majorité des MG préféraient ce moyen de communication de par **sa fluidité et sa rapidité**. D'ailleurs, deux MG ont évoqué la possibilité d'envoyer le tracé de **l'ECG par photo** au cardiologue de garde de l'hôpital pour solliciter un avis urgent. Par ce biais, ils avaient une réponse immédiate avec un réel échange sur la prise en charge de leur patient, « *j'appelle quand je vois que ce n'est pas normal, il faut que je vois avec le cardiologue comment faire, on envoie par SMS à l'interne de cardiologie* » (E13).

Le choix du cardiologue contacté dépendait de plusieurs facteurs : les habitudes du MG, la disponibilité du cardiologue du centre le plus proche, l'heure de la demande, la possibilité de joindre le cardiologue référent du patient. Sur les horaires de la permanence des soins, la moitié des MG contactaient la clinique privée de proximité, et d'autres le cardiologue de garde du CH le plus proche : « *j'ai appelé moi-même le service de cardiologie, on a un numéro direct vers la ligne de l'interne de cardiologie* » (E13), « *si j'ai besoin d'un avis, j'appelle la clinique, j'ai mon avis très rapidement, je les connais un peu tous maintenant* » (E5).

En revanche, pour solliciter un avis non urgent, la moitié des MG remettaient plutôt **un courrier au patient destiné au cardiologue**, pour que « *si ce n'est vraiment pas inquiétant mais nécessite un avis spécialisé, je fais un courrier et la personne se débrouille pour avoir le rendez-vous* » (E14). Un autre contactait directement le secrétariat en cas de délai de rendez-vous long. Quelques MG

évoquaient l' « envoi d'un **mail par messagerie cryptée** quand ça peut attendre, avec mon courrier et l'ECG » (E13), en émettant un avis positif sur la **fluidité de la communication par mail** « le cardiologue m'a répondu dans la journée » (E8). D'autres utilisaient **le fax** pour avoir un avis cardiologique hospitalier dans un délai de 48-72 heures. Enfin, quelques MG avaient la possibilité d'obtenir un **avis en sollicitant le cardiologue en présentiel**, ou via leur **réseau privé**, qui était à leur sens le meilleur moyen de communication: « le réseau privé reste plus fort que tous les moyens logistiques mis en place, cela fonctionne bien » (E4).

Quelques MG utilisaient également **la télé-expertise pour un avis**, si cela n'avait pas de critère d'urgence « quand je ne suis pas inquiet et que ce n'est pas urgent, je fais la demande via la plateforme pour ne pas déranger » (E14) avec cependant des **contraintes** mentionnées telles qu'un « système fastidieux » (E14), « c'est un peu plus laborieux à faire parce qu'il faut remplir un dossier ça prend entre 15-20 minutes, c'est assez pénible » (E8). Certains MG ont souligné un délai de réponse parfois long.

La moitié des MG utilisaient **un système de télé-expertise pour la lecture des tracés de l'ECG**. Le choix de la plateforme dépendait des habitudes d'utilisation ou des plateformes proposées par le département, « j'ai peur de passer à côté de quelque chose, donc j'utilise la télé-expertise » (E2), « pour un avis sur un ECG je l'envoie sur Omnidoc aux cardiologues de la clinique » (E5). Quelques MG mentionnaient utiliser systématiquement ce système « quand je fais l'ECG c'est le télécardiologue la plupart du temps qui l'interprète » (E11). Ces MG utilisant ce dispositif ont émis un avis positif. Deux MG ont cependant émis un avis négatif, lié au délai de réponse long « parce que Omnidoc c'est bien, mais ça va être dans 15 jours » (E12).

4. Quelles difficultés ressentaient les MG en soins primaires et quelles améliorations souhaiteraient-ils ?

4.1. Les MG témoignaient de leurs difficultés au quotidien dans la prise charge du patient présentant une IC ...

Quelques MG étaient parfois confrontés à une **difficulté à effectuer le diagnostic clinique de DC** amenant à un retard diagnostic, « *un diagnostic clinique parfois difficile avec des symptômes bizarres qui ne ressemblaient à rien, pas d'œdèmes, pas de prise de poids, BNP stables, des formes sourdes où ils sont juste fatigués mais rien d'autre cliniquement* » (E5).

De nombreuses **difficultés concernant la communication entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière** ont été spontanément soulevées. Plusieurs relataient une difficulté à adresser les patients au CHU ou au CH de proximité : « *le CHU n'est pas facile d'accès* » (E2), « *ils sont en difficulté en terme d'effectif, je les rappelle parfois pour des patients avec des défibrillateurs qui n'ont pas été revus depuis 2 ans* » (E8).

Deux MG évoquaient des **difficultés à joindre les cardiologues hospitaliers avec une contrainte de temps** « *c'est de plus en plus compliqué, avoir les cardiologues d'emblée au téléphone, c'est très difficile* » (E3) ou encore « *c'est chronophage de devoir solliciter un cardiologue* » (E14) et un MG rapportait également des **difficultés à joindre les cardiologues référents** de ses patients y compris en clinique privée « *c'est quand même très compliqué de les avoir au téléphone, on passe beaucoup de temps donc c'est un frein* » (E13).

Une majorité des MG signalaient un **manque de communication de la part de l'hôpital**, avec une **absence d'information** d'entrée et de sortie d'hospitalisation de leurs patients « *déjà il faut savoir qu'ils ont été hospitalisés, parce qu'on n'est pas toujours au courant* » (E5), « *parfois on les voit au renouvellement puis on apprend qu'il a été à l'hôpital entre temps, ou alors on le sait mais on ne savait pas depuis quand il était sorti* » (E7). Plusieurs MG rapportaient recevoir des CRH ou courriers de

consultations tardivement « *problème de délai des comptes rendus. Parfois on n'a pas les CRH quand on revoit les gens en consultation* » (E14).

Une autre difficulté souvent décrite dans le quotidien des MG était **la contrainte de temps organisationnelle** à la fois pour recevoir les patients en consultation dans leur cabinet ou aller les voir à domicile « *on a plus de place, nos créneaux de visite ne sont pas extensibles et ils sont déjà bien blindés* » (E13), « *l'autre chose c'est la réalité du terrain, il n'y a pas forcément de place trois ou quatre jours après pour le revoir* » (E12).

Certains MG soulignaient aussi le **manque de temps pour réaliser leur FMC** « *je ne suis pas à l'aise clairement, il faut que je me forme dans l'IC ... ça fait partie des trucs que je dois faire* » (E11).

Les MG rencontraient parfois des **difficultés à la réalisation de l'ETP** par manque de connaissances, de formation ou encore une fois liée à une contrainte de temps. Certains MG manquaient d'informations à délivrer pour l'ETP du patient IC, « *moi je ne fais jamais d'ETP... il y en a qui se forment mais ça prend du temps* » (E10). Un médecin mentionnait « *je ne sais pas où trouver les informations directement pour donner au patient les sites, la documentation* » (E3). Plusieurs MG évoquaient qu'ils ne connaissaient pas forcément d'outils pour se former à l'ETP de l'IC, la majorité du temps, les médecins utilisaient leurs connaissances personnelles et leur expérience pour délivrer les informations de l'ETP « *c'est avec l'expérience, je ne suis jamais passé en cardiologie et c'est un de mes regrets* » (E11).

Quelques MG disaient qu'ils ne connaissaient **pas de réseau pour adresser leurs patients pour l'ETP** « *je n'ai pas de réseau autour de moi, je travaille seul* » (E3), « *un moment on avait pensé à prendre une IDE Asalée mais finalement on n'arrive jamais à rien mettre en place* » (E5). Un MG signalait qu'il avait des **difficultés parfois à faire adhérer le patient au protocole de l'ETP** : « *sur l'alimentation, j'ai baissé les bras, j'en ai parlé mais le patient n'est pas réceptif, c'est des personnes âgées et changer leurs habitudes de vie c'est compliqué. Sur l'activité physique bah tu leur dis d'aller marcher mais ils répondent que là il pleut* » (E9).

Un autre point fréquemment relaté par les MG était le **manque d'accessibilité aux soins**. La moitié des MG ressentait une difficulté face au **délai long pour obtenir un rendez-vous cardiologique à l'hôpital** que le patient soit déjà suivi ou pour un primo-adressage « *les cardiologues à l'hôpital sont tellement en sous effectifs qu'ils ne suivent plus leurs propres patients* » (E10) ou encore « *quand tu veux une consultation c'est difficile ils ne prennent plus de nouveaux patients ... ils arriveront à te caser dans leur planning mais des fois c'est dans 6 mois* » (E11). Ce délai long avait pour conséquence **une difficulté d'accès à l'échographie trans-thoracique (ETT)**, un MG rapportait que lorsqu'il suspectait une primo DC chez un patient présentant une IC non connue, il initiait les thérapeutiques sans attendre l'ETT « *on se bat pour obtenir une échographie cardiaque quand on découvre une IC, on est la plupart du temps confronté à évaluer une personne sans ETT* » (E14).

Quelques MG remarquaient un manque de disponibilité **à l'hôpital** entraînant des hospitalisations raccourcies et parfois des retours à domicile précoces « *des gens avant qui restaient une semaine à l'hôpital, restent maintenant 48h à 72h* » (E8). Cela pouvait amener à une **incompréhension de la prise en charge hospitalière** par le MG « *je me demande s'ils n'auraient pas dû le garder plus longtemps hospitalisé, il avait à peine fini sa déplétion IV qu'il était reparti à domicile, est-ce normal de ne pas essayer les traitements per os et de voir si ça tient 2-3 jours avant qu'il rentre à domicile ?* » (E10). Un MG a souligné un **manque d'explications des modifications thérapeutiques au patient** « *quand le patient dit : je ne comprends rien, ils m'ont tout changé les médicaments mais je ne sais même pas à quoi ça sert* » (E9). Plusieurs d'entre eux relevaient un **manque d'accessibilité à une hospitalisation directe dans le service de cardiologie** « *ce patient avait des critères d'hospitalisation, les cardiologues me disent on n'a pas de place à l'hôpital, on va le gérer différemment, on va essayer à domicile* » (E13).

4.2. ... et proposaient des pistes d'améliorations

Certains MG évoquaient qu'une conduite à tenir sur les **prises en charges thérapeutiques plus détaillée sur les CRH ou courriers de consultation** pourrait les aider avec une meilleure communication entre le cardiologue et le MG « *il faut plus de retour de la part des cardiologues* » (E3).

Certains MG souhaiteraient un **réseau d'astreinte de cardiologie spécifiquement pour l'IC** dans chaque département, qui serait d'un bon soutien lors des situations difficiles « *trouver un service privé ou public pour que les MG puissent avoir une réponse rapide* » (E4).

Plusieurs d'entre eux suggéraient de développer davantage la possibilité **d'hospitalisation directe en cardiologie** « *quand on sent qu'on a tout fait, on a monté notre Lasilix à fond et on ne peut pas faire mieux et si on pouvait ne pas le faire passer par les urgences pour recommencer toute la filière mais qu'il passe direct en cardiologie* » (E12).

Un MG souhaiterait une **amélioration sur la gestion du retour à domicile** via des structures de coordination hôpital-ville.

Un MG a évoqué qu'il faudrait **améliorer l'ETP du patient IC**, créer un réseau d'IDE Asalée spécialisé dans l'IC « *l'IDE Asalée n'a pas de consultation dédiée à l'IC. Cela peut être une voie pour nous aussi, de quelque chose à l'avenir qu'on pourrait développer* » (E8). Il faudrait plus prendre de temps pour la pratique de l'ETP en cabinet ou à l'hôpital.

Enfin, **l'ouverture de créneaux de consultations cardiologiques** pouvant être pris uniquement par les MG, avec une prise de rendez-vous plus rapide. Un MG décrivait un nouveau « *système d'agenda partagé avec des créneaux de rendez-vous pour les cardiologues auxquels les MG pourront avoir accès avec des délais très courts* » (E14).

DISCUSSION

1. Forces et limites

L'**originalité** de l'étude est de donner la parole aux MG sur la gestion aiguë et chronique de leurs patients présentant une IC, ainsi que sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

En effet, depuis les nouvelles recommandations de l'ESC en 2021 avec l'élargissement de l'AMM des gliflozines aux MG, ce sujet n'avait pas été étudié dans la subdivision d'Angers. D'autre part, peu de travaux ont étudié le ressenti des MG sur la communication avec les cardiologues dans la région.

Le recrutement des MG a été réalisé selon des critères de variations maximales, permettant une diversification des profils afin d'assurer une hétérogénéité de l'échantillonnage. La conception de l'étude a été réalisée selon les critères de qualité de la grille COREQ, ainsi qu'un système de double codage avec une triangulation des données par la directrice de thèse, permettant la validité interne du travail. La suffisance des données a été confirmée par un dernier entretien n'ayant pas mis en évidence de données supplémentaires. Enfin, au cours des entretiens, certains MG ont évoqué différents sujets pertinents pour l'étude non prévus initialement dans le guide d'entretien, il a donc été modifié au fur et à mesure de l'analyse au fil de l'eau.

Dans cette étude **plusieurs limites** peuvent être relevées. Tout d'abord, il a pu exister un biais d'interprétation lors de l'analyse par les chercheuses, mais ce dernier a pu être limité par un double codage et une triangulation des données. Par ailleurs, il s'agissait de la première étude des deux chercheuses. Ce manque d'expérience a pu apporter une moindre pertinence sur certaines questions et un défaut de précision sur des points intéressants.

Enfin, la durée moyenne des entretiens était de 27,43 minutes. Cette durée restreinte était souvent liée au manque de temps des MG interrogés. Plusieurs entretiens ont été réalisés pendant la pause déjeuner ou à la fin de leur journée de travail. Certains MG avaient un temps limité pour répondre aux questions ou étaient contraints de raccourcir la durée des entretiens pour des imprévus (appels téléphoniques, demande d'une visite à domicile, urgences médicales).

2. Comparaison avec la littérature

2.1. Concernant les thérapeutiques de l'IC

Dans cette étude qualitative, les chercheuses ont essayé d'évaluer l'optimisation des traitements du patient présentant une IC, et les difficultés ressenties par les MG avec ces thérapeutiques. Tout d'abord, il en ressort que la gestion thérapeutique de l'IC en aigu est suffisamment maîtrisée pour la grande majorité des MG. La plupart connaissent les indications des diurétiques et savent augmenter la posologie en cas d'IC aiguë, et la diminuer voire arrêter le traitement au moment opportun. Les MG adressent leurs patients en cas d'IC aux urgences ou contactent le cardiologue quand ils sont en difficulté sur une situation aiguë. A noter que peu d'études ont été réalisées sur la gestion de l'IC aiguë en médecine générale, notamment sur l'aisance des MG avec les diurétiques, il y a donc peu d'éléments dans la littérature sur ce sujet.

Depuis l'apparition des gliflozines, aucune thèse n'a étudié chez les MG leurs connaissances et leurs difficultés en lien avec ces traitements. Cette classe thérapeutique est une réelle innovation car peu de traitements existaient chez les patients présentant une IC à FEVG préservée. Plusieurs études continuent à montrer les bénéfices de cette classe thérapeutique, notamment une méta-analyse de 2023 (23) confirmant une réduction de décès d'origine cardio-vasculaire et de réadmission hospitalière pour IC. L'ensemble des MG interrogés connaissaient les gliflozines. Plusieurs d'entre eux l'initiaient plus facilement chez le patient diabétique. En revanche, peu l'avaient initié chez les patients en cas d'IC. Certains MG restaient mitigés surtout devant les EI liés aux gliflozines. En effet, la moitié des MG ayant participé à l'étude, l'avaient suspendu pour des EI répétés (souvent infections génitales). Globalement, les MG restaient optimistes sur cette classe thérapeutique.

Souvent, l'optimisation thérapeutique du patient présentant une IC est difficile. En effet, trois thèses ont étudié ce sujet à des années différentes et ont montré que l'optimisation thérapeutique était insuffisante par les MG (19-21). Dans la thèse de *Msadek S.* (21), il est expliqué que les MG attendent souvent les directives des cardiologues, n'osent pas incrémenter les thérapeutiques et ne sont pas

toujours au point sur les dernières recommandations. *Deffontaines A.* décrit dans sa thèse (19) que ce manque d'optimisation peut être en lien avec une peur des EI de certains traitements cardiologiques. La contrainte de temps avec des prescriptions longues et difficiles nécessitant parfois de mettre en place une IDE à domicile, et le manque d'observance du patient présentant une IC était aussi un frein relevé par la thèse de *Sauvé L.* (20).

Pour faire face à ces difficultés, la FMC régulière est très importante. En effet, une majorité des MG dans cette étude ont connu cette classe thérapeutique via ces FMC. De plus, ces consultations d'optimisation thérapeutique sont pluri-problématiques : le MG doit accompagner le patient sur le plan social, réaliser l'ETP et adapter la thérapeutique. Ces consultations longues et difficiles ne sont pas suffisamment mises en valeur. En effet, uniquement une consultation post hospitalisation pour IC est valorisée par la cotation MIC, mais si le MG gère un épisode d'IC aigu en ambulatoire et réévalue le patient avec plusieurs stratégies thérapeutiques, il n'y a pas de cotation spécifique pour valoriser ce travail. Il faudrait dans ce cas revoir la valorisation de cette consultation prise en charge en ambulatoire. D'autre part, devant la démographie médicale et la pénurie des cardiologues dans certaines villes, certains MG rencontrent des difficultés pour introduire des traitements cardio-protecteurs sans avoir en amont une ETT. Ce délai de suivi cardiologique peut retarder les prises en charge. Dans ce type de situation, il serait intéressant d'avoir des centres spécialisés dans l'IC, où les patients pourraient bénéficier d'un bilan complet plus rapidement. C'est ce que propose le CHU d'Angers avec le Centre d'Insuffisance CARDiaque (CICA). Il a pour objectif d'améliorer le diagnostic d'IC et d'optimiser sa prise en charge. Il s'agit d'un centre de consultations avec ETT adossé à l'unité d'hospitalisation de cardiologie générale et d'IC. Tout médecin peut y adresser un patient en consultation ou hospitalisation pour un diagnostic, un suivi ou un avis d'expert. Plusieurs cardiologues y travaillent et le suivi est articulé entre les IDE d'ETP, une infirmière de pratique avancée, une diététicienne avec un programme d'ETP en ateliers collectifs et une possibilité de télésurveillance par objets connectés. Ce centre encore récent pourrait à l'avenir être une véritable aide pour la prise en charge des patients présentant une IC dans la région.

2.2. Concernant le suivi chronique des patients présentant une IC

2.2.1. La place du PRADO

Le PRADO IC permet d'accompagner le patient après une DC lors de son retour à domicile. L'objectif est de diminuer la durée de l'hospitalisation et d'en éviter de nouvelles, préserver la qualité de vie et l'autonomie afin de renforcer la qualité de la prise en charge en ville avec le médecin traitant (24). Il existe des critères d'inclusion et d'exclusion principalement en lien avec l'autonomie du patient (Annexe 7).

Dans le PRADO, le médecin traitant doit en théorie être contacté par un conseiller de l'assurance maladie pour prévenir que son patient va être inclus et initier le suivi (25). Le programme est prévu pour une durée de deux mois initialement, et selon la sévérité de la maladie et le bénéfice pour son patient, le MG peut le prolonger pour quatre mois supplémentaires. Une consultation est programmée dans la semaine suivant le retour à domicile et une consultation longue dans les deux mois. En pratique, nous avons vu dans nos entretiens que la majorité des MG n'étaient pas prévenus lors de l'inclusion de leur patient, sauf dans le CRH pouvant être reçu avec un certain délai. Il pourrait être intéressant d'évaluer cette perte d'information et d'y remédier par l'envoi d'un courrier automatique par l'assurance maladie ainsi que le courrier de liaison du service hospitalier via la messagerie cryptée au médecin traitant de manière systématique. La thèse de *Warrak S.* a recensé l'avis des MG sur le ressenti et l'apport quotidien du PRADO IC (26). Elle montrait qu'un tiers des MG connaissaient le dispositif, et l'estimaient comme bénéfique surtout sur l'amélioration de la qualité de vie des patients. Une minorité des MG étaient sceptiques notamment d'un point de vue organisationnel.

En revanche, dans cette étude, l'ensemble des MG connaissaient le dispositif. Cependant, certains ignoraient les indications et la possibilité de l'étendre. Les avis des MG étaient partagés et les difficultés mises en avant étaient liées au manque d'observance des patients et à la charge administrative. Plusieurs MG n'observaient pas de différence en pratique avec ou sans PRADO. Quelques MG s'interrogeaient sur la limitation en durée du dispositif « *quand ils sortent de l'hôpital les gens vont*

bien, mais dans la vraie vie ils décompensent 7-8 mois après la sortie d'hospitalisation et là le PRADO n'est plus en place » (E5).

2.2.2. La place de l'ETP

L'ETP est une démarche éducative visant à accompagner le patient pour qu'il acquiert des compétences lui permettant de mieux vivre sa maladie et de devenir acteur de sa santé. Lorsque les chercheuses ont interrogé les MG sur la pratique de l'ETP chez leur patient présentant une IC, la plupart évoquent en premier lieu l'explication des symptômes cliniques et les conseils sur les RHD et le réalisent à l'occasion d'un suivi de routine. L'ETP n'était donc pas toujours différenciée d'une délivrance d'information. En accord avec une thèse précédente (20), les MG étaient conscients de leur pratique insuffisante de l'ETP à laquelle ils ne sont pas formés, liée au manque de temps et à la multiplicité de leurs missions. Les freins peuvent également être liés au manque de motivation du patient exacerbé par des délais longs pour avoir une place dans un programme d'ETP.

Pour réaliser l'ETP en consultation, plusieurs outils peuvent aider les MG notamment des livrets comme ceux édités par l'Assurance Maladie ou d'autres organismes (27-29), qui proposent par exemple des fiches pratiques simples à présenter aux patients (Annexe 8). En pratique, avec la contrainte de temps en médecine générale, une solution envisageable est la pratique de l'ETP séquentielle (Annexe 9). Il serait également intéressant de valoriser par une cotation spécifique ces consultations dédiées à l'ETP. Enfin, des formations peuvent être réalisées comme la formation des 40 heures sur l'ETP en e-learning ou en présentiel (30).

Une autre possibilité actuellement peu utilisée est l'adressage dans un centre de réadaptation cardiovasculaire. Lors d'un programme de réadaptation cardiaque, sont regroupés : le démarrage ou la poursuite de l'ETP, l'optimisation thérapeutique, l'entraînement à l'effort et des aides psychologiques/sociales pour une reprise de l'activité professionnelle. Elle permet une prise en charge globale de par sa multidisciplinarité. Une étude réalisée dans un service de réadaptation cardiaque sur Paris en 2020, a démontré une réduction de la mortalité de 12% et des ré-hospitalisations de 20-30%,

essentiellement chez les patients présentant une IC avec une FEVG réduite et largement dépendante de l'observance à l'entraînement (31).

Aucun des MG interrogés n'a évoqué l'adressage du patient en réadaptation cardiovasculaire. Pourtant dans la subdivision d'Angers, plusieurs centres existent, les MG peuvent adresser directement leurs patients présentant une IC ou prendre un avis pour savoir si leurs patients sont éligibles à cette rééducation. Dans le Maine-et-Loire le centre des Capucins à Angers accueille les patients pour une réadaptation cardiaque sur une durée de 3 semaines (Annexe 10). Dans la Sarthe, le centre Gallouedec réservé aux patients habitant jusqu'à une heure de l'établissement, se déroule sur 3 demi-journées par semaine (32). En Mayenne, le centre hospitalier du Nord Mayenne propose également son programme de réadaptation cardiaque (Annexe 11).

Enfin, un dernier outil pouvant servir en consultation est le site "On y va" des Pays de la Loire (33), permettant aux praticiens de trouver en quelques minutes les centres d'activités physiques disponibles à proximité du domicile de leur patient. Le MG peut prescrire l'activité physique adaptée aux patients ayant une maladie chronique, les maisons sport santé réalisent un bilan personnalisé et proposent une activité physique ou sportive adaptée.

2.2.3. Les outils disponibles pour améliorer la communication et la prise en charge

Dans cette étude, les MG relèvent l'importance d'une fluidité de communication pluriprofessionnelle dans la prise en charge de leur patient présentant une IC. Souvent, ils travaillent avec un réseau de cardiologues qu'ils constituent au fur et à mesure de leur carrière afin d'adresser plus facilement leurs patients. Par ailleurs, ils contactent les lignes d'avis d'urgence en cas de nécessité. Cependant, devant la difficulté régulière d'obtenir une consultation cardiologique, en particulier chez les patients sans suivi ou sans antécédents cardiologiques connus, des difficultés de diagnostic et de prise en charge se créent. Une thèse a étudié un dispositif de coordination entre MG et cardiologues en milieu rural en Maine-et-Loire, en proposant des consultations avancées de cardiologie afin de développer une collaboration pluriprofessionnelle et faciliter l'accès au cardiologue (34). Ce dispositif a montré un résultat positif

avec une amélioration des pratiques des MG, une généralisation de l'ECG ainsi qu'un affinement de l'adressage au cardiologue.

Une autre possibilité que la majorité des MG utilisent pour pallier à la difficulté d'accès au cardiologue, est le système de télé-expertise. Une étude réalisée entre 2016 et 2017, a analysé l'impact sur la coordination des professionnels et sur les délais de rendez-vous chez le cardiologue (35). Un système de télé-expertise a été mis en place avec une fiche de liaison pour un avis ou sur un ECG par les MG des Pays de la Loire auprès des cardiologues. Cette étude a montré, que la télé-expertise contribue à une amélioration de la confiance des MG en leur propre analyse de l'ECG, de meilleures relations confraternelles entre MG et cardiologues et une amélioration de la pertinence et des délais des rendez-vous en cardiologie. Dans notre étude, parmi les 14 MG, tous connaissaient la télé-expertise et la majorité l'avait déjà utilisée. C'est un outil pertinent, souvent utilisé pour les patients sans antécédent cardiologique, permettant d'avoir une réponse dans un délai raisonnable. Plusieurs plateformes proposent des systèmes de télé-expertise. Depuis 2019, un système de cotation valorise ce travail pour le MG qui demande l'avis et le cardiologue qui y répond (36). Cela permet la confidentialité, la sécurité des échanges ainsi que la traçabilité du contenu (37). En revanche, l'une des contraintes mentionnées par les MG interrogés est le manque de fluidité du système. Certains logiciels demandent du temps pour remplir le dossier, ce qui peut devenir chronophage. Un système plus fluide et facile d'utilisation serait apprécié par les MG, permettant de favoriser davantage l'utilisation de ce nouvel outil.

CONCLUSION

L'IC est une maladie chronique avec une prévalence importante nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Ce travail qualitatif s'est intéressé à la gestion de l'IC dans sa globalité par les MG et les difficultés qu'ils rencontraient au cours de leur pratique.

Dans cette étude, les MG maîtrisaient l'épisode d'IC aigu en adressant le patient aux urgences ou en le prenant en charge en ambulatoire, selon l'autonomie de ce dernier et en fonction des directives du cardiologue. Ils réévaluaient leurs patients à distance, selon la gravité de l'épisode, l'autonomie du patient et leurs disponibilités. L'adaptation des traitements chroniques posait davantage de difficultés, malgré une volonté des MG de se former en cardiologie et pour la grande majorité d'entre eux, une connaissance des dernières recommandations concernant notamment l'utilisation des gliflozines. En effet, peu prenaient l'initiative de la primo-prescription ou de la modification des posologies des autres traitements cardio-protecteurs, craignant la iatrogénie.

Alors que les MG étaient en demande d'un lien plus renforcé entre « la ville » et « l'hôpital », ils étaient critiques envers le dispositif PRADO, destiné pourtant à renforcer ce lien lors du retour à domicile. Un autre élément important mentionné était l'ETP qui permet au patient d'être autonome et acteur vis-à-vis de sa maladie, favorisant ainsi son observance. Toutefois, une grande partie des MG ne distinguait pas la différence entre la délivrance d'informations et la réalisation de l'ETP. Cette dernière n'était pas réalisée de manière optimale par manque de temps ou de formation.

Enfin, la place de la communication reste primordiale dans la prise en charge pluridisciplinaire et le MG reste le coordinateur principal. Des difficultés dans le lien entre les MG et les cardiologues pour les situations d'urgence ou pour un avis thérapeutique étaient mentionnées, malgré la multiplicité des outils (réseau privé, service de cardiologie privé ou hospitalier, télé-expertise...).

Afin d'améliorer et faciliter l'utilisation de la télé-expertise, un site commun dans chaque département simple et fluide d'utilisation, regroupant cardiologues et MG pourrait être suggéré. Par ailleurs, une étude complémentaire étudiant le point de vue des cardiologues serait intéressante. Quelles attentes ont-ils sur la prise en charge du patient présentant une IC en médecine générale ; quels outils utilisent-ils pour faciliter la prise en charge et quelles améliorations souhaiteraient-ils avoir ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance Maladie. Ameli.fr. 2022 [cité 3 juill 2023]. Insuffisance cardiaque : définition et causes. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/definition-causes>.
2. Santé publique france [Internet]. 2019 [cité 3 juill 2023]. Insuffisance cardiaque. santé publique france. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/insuffisance-cardiaque>.
3. Assurance Maladie. Ameli.fr. 2024 [cité 22 avr 2024]. Insuffisance cardiaque : un diagnostic précoce indispensable. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/prise-en-charge-selon-la-pathologie/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-un-diagnostic-precoce-indispensable>.
4. Société française de cardiologie. Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies [Internet]. 2021 [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00684574433323991b47d?authid=rtxZ1MUfahdP>.
5. Cardio-online.fr [Internet]. 2022 [cité 25 mai 2024]. L'assurance maladie souhaite renforcer le parcours de soins de l'insuffisance cardiaque en 2023. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/assurance-maladie-souhaite-renforcer-parcours-soins-insuffisance-cardiaque-2023>.
6. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 31 mai 2024]. ALD n° 5 - Insuffisance cardiaque systolique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_534689/fr/ald-n-5-insuffisance-cardiaque-systolique.
7. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 21 sept 2021;42(36):3599-726.
8. Attias D, Lellouche N. Cardiologie vasculaire. 8e éd. Paris: VG éditions; 2018. (La référence iKB).

9. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 3 juill 2023]. Guide parcours de soins insuffisance cardiaque - HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque.
10. Cloppet-Fontaine A. Facteurs déclenchants des décompensations cardiaques chez les sujets âgés. [Thèse d'exercice]. [Paris]; 2013.
11. Januzzi JL, van Kimmenade R, Lainchbury J, Bayes-Genis A, Ordonez-Llanos J, Santalo-Bel M, et al. NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure: an international pooled analysis of 1256 patients: the International Collaborative of NT-proBNP Study. *Eur Heart J*. févr 2006;27(3):330 7.
12. Lechat P. Glifozines : actions cardiovasculaires et rénales. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux - Pratique*. mars 2021;2021(296):9 11.
13. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 21 nov 2019;381(21):1995 2008.
14. Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Pocock SJ, et al. Empagliflozin in Patients With Heart Failure, Reduced Ejection Fraction, and Volume Overload. *Journal of the American College of Cardiology*. 23 mars 2021;77(11):1381 92.
15. Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 14 oct 2021;385(16):1451 61.
16. OMS Rapport de l'OMS, publié en 1996. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease., traduit en français en 1998.
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 31 mai 2024]. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques.
18. Pouchain D. La prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique. *La Revue Exercer* – Janvier / Février 2003 n°66 – 4.

19. Deffontaines A. Optimisation du traitement de fond de l'insuffisant cardiaque par les médecins généralistes: freins et pistes d'amélioration. [Thèse d'exercice]. [Amiens]; 2020.
20. Sauvé L. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ornaix concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique? [Thèse d'exercice]. [Caen]; 2019.
21. Msadek S. Description des pratiques du médecin généraliste dans l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique en sortie d'hospitalisation: état des lieux et perspectives [Thèse d'exercice]. [Nanterre]: HAL CCSD; 2015.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 16 sept 2007;19(6):349 57.
23. Carvalho PEP, Veiga TMA, Simões E Silva AC, Gewehr DM, Dagostin CS, Fernandes A, et al. Cardiovascular and renal effects of SGLT2 inhibitor initiation in acute heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Res Cardiol. août 2023;112(8):1044 55.
24. Assurance maladie. ameli.fr. 2023 [cité 26 juill 2023]. Prado, le service de retour à domicile. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>.
25. Assurance maladie. ameli.fr. Retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque. Disponible sur : Memo Prado_suivi_en_ville_apres_decompensation_organisation generale.pdf.
26. Warrak S. Mise en place du programme PRADO Insuffisance Cardiaque: perception par les professionnels de santé et les patients. [Thèse d'exercice]. [Marseille] ; 2018.
27. Assurance maladie. Mon carnet de suivi. Disponible sur: Livret PRADO.pdf.
28. Education thérapeutique pour les Insuffisants cardiaques. ETIC. Livret de suivi du patient insuffisance cardiaque. Janvier 2013 Disponible sur: 3-LIVRET_PATIENT_IC_VERSION_01.2013.pdf (apetcardiooccitanie.fr).
29. Institute of Cardiometabolism and nutrition. Insuffisance cardiaque, mon parcours de soins, mon carnet de suivi. Novembre 2020. Disponible sur : 2011115-LIVRET PATIENT.indd (ihuican.org).

30. Attestation universitaire Hybride d'éducation thérapeutique [Internet]. s.cahen#utilisateurs-ldap; 2024 [cité 31 mai 2024]. Disponible sur: <https://formations.univ-angers.fr/fr/offre-de-formation/attestation-ATTT/sciences-technologies-sante-STS/attestation-universitaire-hybride-d-education-therapeutique-J1NLZPL6.html>.
31. Iliou MC. Réadaptation cardiaque : les preuves scientifiques récentes de ses bénéfices. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux - Pratique. juin 2020;2020(289):2 6.
32. Réadaptation cardiaque - Sarthe (72) [Internet]. Sosan, soins médicaux et de réadaptation. [cité 25 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.centre-gallouedec.com/offre-de-soins/readaptation-cardiaque>.
33. On y va! Prescription d'activité physique en Pays de la Loire [Internet]. 2020 [cité 31 mai 2024]. Disponible sur: <https://onyva-paysdelaloire.fr/>.
34. Bujoli Cellier Patry. Evaluation d'un dispositif de coordination Cardiologie-Médecine Générale en milieu rural en Maine-et-Loire. [Thèse d'exercice]. [Angers]; 2021.
35. Herault T, Donio V, Courouve L, Caillard JB. Expérimentation de la télé-expertise en cardiologie en Pays de la Loire. Santé Publique. 2019;31(6):789 96.
36. ameli.fr [Internet]. 2024 [cité 24 mai 2024]. Téléexpertise. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>.
37. mgfrance.org [Internet]. 2022 [cité 25 mai 2024]. Télé-expertise : les avis entre médecin traitant et autres soignants sont reconnus – MG France. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/2066-tele-expertise-les-avis-entre-medecins-sont-reconnus>
38. Bulletin commun des Centres Régionaux de Pharmacovigilance d'Angers et de Nantes. Les gliflozines, une nouvelle classe d'antidiabétique oral. Viginews. 2020 dec;(12):4.
39. Michel Gedda, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, Kinesither Rev 2015;15(157):50-54. doi: 10.1016/j.kine.2014.11.005.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des participants 9

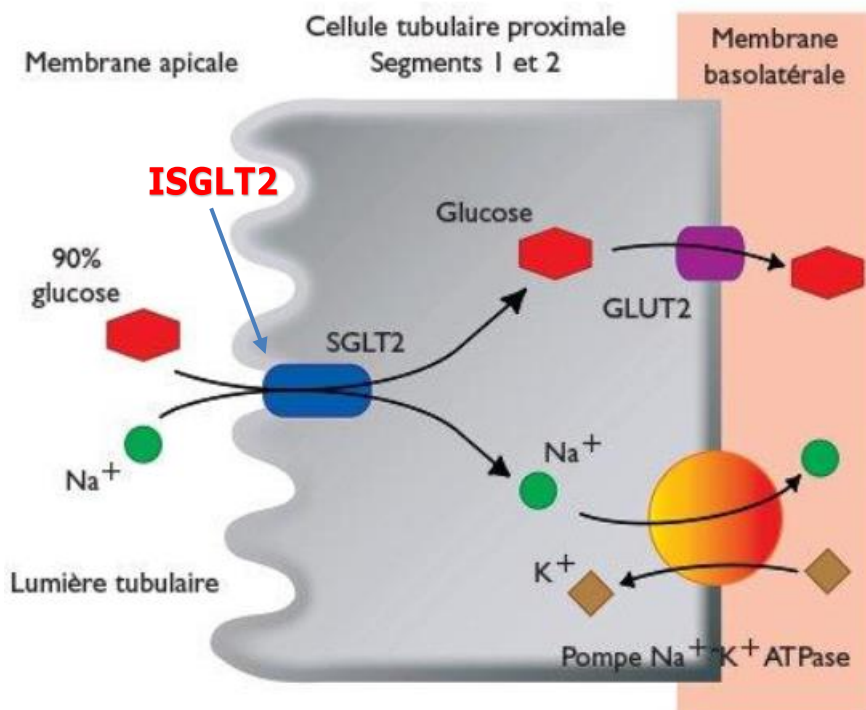
TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	
Répartition du travail.....	1
INTRODUCTION	2
1. Définition et épidémiologie	2
2. Prise en charge du patient présentant une insuffisance cardiaque	3
3. Place du médecin généraliste dans la prise en charge	5
MÉTHODES	7
RÉSULTATS	9
1. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients présentant une décompensation cardiaque ?	10
1.1. Les médecins généralistes prenaient en charge l'épisode aigu en ambulatoire	10
1.2. ... et rencontraient quelques difficultés liées aux patients	11
1.3. Leur prise en charge dépendait aussi de leur lieu d'exercice	12
1.4. ... avec quelques fois une orientation hospitalière	12
1.5. ... ou un recours au cardiologue	13
1.6. Et après l'épisode aigu ?	14
2. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge le suivi chronique du patient présentant une insuffisance cardiaque ?	15
2.1. Les médecins généralistes étaient des acteurs majeurs dans le suivi et la coordination du parcours de soins du patient... ..	15
2.2. ... tout en assurant la gestion thérapeutique.....	17
2.3. Les médecins généralistes évoquaient par ailleurs la place de l'éducation thérapeutique du patient dans le suivi	19
2.3.1. ... à des moments variables	20
2.3.2. ... selon des modalités variables	20
2.3.3. ... et avec une équipe de soins	21
2.4. ... ainsi que celle du Programme de Retour A Domicile (PRADO)	21
2.5. ... et expliquaient participer à des formations médicales continues.....	23
3. Comment les médecins généralistes communiquent-ils avec les cardiologues ?.....	24
4. Quelles difficultés ressentaient les médecins généralistes en soins primaires et quelles améliorations souhaiteraient-ils ?	26
4.1. Les médecins généralistes témoignaient de leurs difficultés au quotidien dans la prise charge du patient présentant une insuffisance cardiaque	26
4.2. ... et proposaient des pistes d'améliorations	29
DISCUSSION	30
1. Forces et limites	30
2. Comparaison avec la littérature	31
2.1. Concernant les thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque	31
2.2. Concernant le suivi chronique des patients présentant une insuffisance cardiaque ..	33
2.2.1. La place du Programme de Retour A Domicile.....	33
2.2.2. La place de l'éducation thérapeutique du patient	34

2.2.3. Les outils disponibles pour améliorer la communication et la prise en charge	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
LISTE DES TABLEAUX.....	42
TABLE DES MATIERES	43
ANNEXES.....	I
Annexe 1: Schéma du mécanisme d'action des gliflozines	I
Annexe 2: Guide d'entretien	II
Annexe 3: Grille COREQ	III
Annexe 4: Formulaire de consentement à destination des participants	V
Annexe 5: Retranscription d'un entretien	VI
Annexe 6: Protocole d'hospitalisation à domicile	XII
Annexe 7: Fiche décisionnelle d'entrée dans le PRADO IC	XIV
Annexe 8: Savoir identifier sa consommation de sel	XV
Annexe 9: Fiche d'aide à la pratique de l'ETP en médecine générale	XVI
Annexe 10: Programme de rééducation cardiaque - Les Capucins Angers	XVII
Annexe 11: Programme de réadaptation cardiaque - CH Nord Mayenne	XVIII

ANNEXES

Annexe 1 : Schéma du mécanisme d'action des gliflozines (ISGLT2)



Source : Pruijm, M., et al. Les inhibiteurs du cotransporteur SGLT2 comme nouveau traitement du diabète : aspects rénaux, Rev Med Suisse. 2015

La majorité du glucose filtré par les glomérules (80%) est réabsorbée par le co-transporteur Sodium Glucose Transporteur 2 (SGLT2) situé sur la membrane apicale du tubule proximal rénale. L'énergie nécessaire à ce transport est fournie par la pompe Na^+/K^+ -ATPase située sur la membrane baso-latérale. Le glucose diffuse ensuite passivement hors de la cellule via le transporteur GLUT2 localisé sur la membrane baso-latérale.

En inhibant l'action du SGLT2, les gliflozines provoquent une **glycosurie** plus importante, réduisant ainsi les niveaux de glucose dans le sang par un mécanisme indépendant de l'insuline. L'inhibition du SGLT2 induit également une **natriurèse** qui s'accompagne d'effets intra-rénaux et intra-vasculaires bénéfiques avec une réduction de la pression de filtration glomérulaire et une réduction de la volémie diminuant les conditions de charge (néphroprotection, cardioprotection) (38).

Annexe 2: Guide d'entretien

Présentation: Nous sommes deux internes en médecine générale. On se voit dans le cadre d'une thèse de médecine générale, l'entretien sera enregistré, anonymisé, vous pouvez l'interrompre à tout moment, on peut vous adresser le résultat de la thèse si vous le souhaitez par courriel. On sera peut-être amenées à écrire des éléments pendant l'entretien, cela ne préjuge pas de vos propos.

Caractéristiques du participant:

Sexe du médecin
Age du médecin
Année d'installation
Modalité d'exercice (cabinet seul, cabinet de groupe ou MSP)
Lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et la proximité au cardiologue

Questions:

1 – Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation avec un patient présentant une insuffisance cardiaque (IC) (description du patient) ?

2 – Comment assurez-vous l'organisation en réseau du suivi au long cours d'un patient IC ?

- comment gérez-vous les épisodes aigus selon le degré de gravité ?
- quelle organisation avez-vous après une décompensation cardiaque (DC) (à quel délai vous revoyez le patient, quelles thérapeutiques vous utilisez, le suivi avec les autres spécialistes si besoin), est-ce que le temps est une contrainte pour vous ?
- comment prenez-vous la décision pour revoir le patient après un épisode de DC ?
- comment adaptez-vous les traitements en post hospitalisation et après une DC ? Avez-vous des difficultés ? Comment gérez-vous une mauvaise tolérance au traitement ? Utilisez-vous la cotation MIC ?
- Qu'est-ce que l'ETP de l'IC vous évoque ? Quelle place à l'ETP dans votre suivi (faites-vous l'ETP par vous-même ou bien travaillez-vous en réseau ?). Utilisez-vous des outils dans votre quotidien ?
- participez-vous à des FMC en cardiologie ou autre, si oui lesquelles ? Si non pourquoi ?
- connaissez-vous ou avez-vous des patients dans les dispositifs du PRADO IC ? Qu'en pensez-vous ?
- connaissez-vous le système de balance connecté ? Si oui, avez-vous des patients sous ce dispositif ?

3 – Quelles connaissances avez-vous sur les nouvelles thérapeutiques ?

- avez-vous entendu parler des nouvelles molécules : les gliflozines ?
- Si non (*explications données au participant*) : il s'agit d'une nouvelle classe thérapeutique qui ont l'AMM pour l'IC depuis 2021 (initialement l'AMM était obtenue pour les patients diabétiques). Les molécules les plus communes sont la dapagliflozine et l'empagliflozine. Ce médicament peut être rajouté dans un traitement de fond déjà optimisé (béta-bloquant, IEC/ARAII ou association sacubitril/valsartan, antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes, +/- diurétiques), ils permettent une diminution de la morbi-mortalité chez les patients IC (indépendamment de leur statut diabétique). Depuis octobre 2021 ces molécules ont obtenues l'AMM pour une primo-prescription par le médecin généraliste.
- Si oui : Comment en avez-vous pris connaissance ? Que savez-vous sur ces thérapeutiques en lien avec l'IC ? Comment vous sentez-vous à manipuler ces médicaments ? Avez-vous déjà réalisé une primo-prescription de l'un de ces traitements ?

4 – Quelle place accordez-vous à la réalisation d'un ECG dans le suivi d'un patient IC ?

Avez-vous un ECG ?

Si oui : dans quelles circonstances l'utilisez-vous et quelles difficultés rencontrez-vous ?

Avez-vous réalisé une formation à la lecture de l'ECG ? Utilisez-vous votre ECG dans le cadre d'une DC ?

Utilisez-vous une plateforme avec télé-expertise pour interpréter votre ECG, si oui laquelle ?

Si non : pour quelles raisons ?

5 – Que pensez-vous de la communication entre médecin généraliste et cardiologue ?

- comment communiquez-vous avec le cardiologue (courrier ? courriel ? cardiologue d'astreinte ? ligne d'avis ?), utilisez-vous la télé-expertise ? Via quelle plateforme ?
- à quelle distance se trouve le cardiologue ou le service hospitalier le plus proche ? Est-il facile d'accès ?

6 – Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de vos patients présentant une IC ? Avez-vous des suggestions pour des pistes d'améliorations ?

Qu'est ce qui faciliterait votre prise en charge dans le suivi d'un patient IC ?

Avez-vous des remarques supplémentaires ? Des choses à rajouter ?

Annexe 3 : Grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ (39) :

N° et Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Maria GOMES Elisa CHUA
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Internes en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	internes
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	femmes
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	aucune
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Pas tous
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Internes, thésardes
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	internes
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Boule de neige
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Mails, téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	20 à priori
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Ordinateur et téléphone personnel
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Critères de variations maximales : <ul style="list-style-type: none"> Sexe du médecin Age du médecin Année d'installation Modalités d'exercices Lieux d'exercices
Recueil des données		

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Questions non fournies, et guide testé au préalable.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	oui
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	27,43 minutes en moyenne
Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Proposé

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	oui
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Non
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	WORD - EXCEL
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	oui

Annexe 4 : Formulaire de consentement à destination des participants

Département de Médecine Générale - UFR Santé d'Angers

Rue Haute de Reculée – 49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail :

**La place du médecin généraliste dans la coordination de la prise charge de l'insuffisance cardiaque :
étude qualitative auprès des médecins généralistes des départements du Maine-et-Loire, Sarthe et
Mayenne.**

Nom des thésardes : CHUA Elisa, GOMES Maria

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO

A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien n°8

Présentation rapide de la chercheuse et du MG interrogé

(Pour respecter l'anonymat, les noms des hôpitaux ou praticiens ont été remplacés par « X » ou « Y »)

I1 = investigateur 1

E8 = Entretien 8

I1: Est-ce que vous pouvez me raconter un peu ce qui vous vient en tête de votre dernière consultation avec un patient atteint d'une insuffisance cardiaque (IC) ?

E8: Pour moi en tout cas, régulièrement, c'est des gens qui se présentent en consultation avec une problématique de majoration d'essoufflement majoritairement, et aussi beaucoup les œdèmes des membres inférieurs. C'est des patients insuffisants cardiaques connus que je connais et qui connaissent globalement les signes qui doivent emmener à consulter, des symptômes qui les rendront moins bien.

I1: D'accord, et du coup comment vous les gérez, par exemple si c'est un épisode aigu ou même pas très aigu, comment vous faites dans votre quotidien ?

E8: comme chacun, moi je questionne dans un premier temps de savoir un petit peu ce qui change par rapport à d'habitude sur le plan de la fatigue, essoufflement. S'ils n'ont pas pris du poids rapidement s'ils n'ont pas fait des excès alimentaires sur le plan salé. Moi, je les examine donc je les connais, je vois à peu près comment ils sont par rapport à d'habitude, s'ils sont moins bien. La tension, la saturation, le poids. Puis après savoir s'ils ont bien pris leurs traitements. Et puis j'allais dire si la personne peut rester chez elle j'essaie d'adapter les traitements qu'elle a ou qu'elle n'a pas. Et puis de réévaluer tout ça dans un délai court.

I1: c'est quoi que vous appelez un délai court ?

E8: Euh, c'est-à-dire, je vais vous dire la semaine qui suit.

I1: vous étiez en train de dire tout à l'heure de réadapter les traitements. Du coup par exemple, si c'est comme vous avez dit quelqu'un qui est essoufflé avec des œdèmes, vous faites quoi concrètement ?

E8: principalement j'adapte, je majore principalement les diurétiques qu'il a ou qu'il n'a pas, je peux en rajouter éventuellement. Là, je parle surtout de l'épisode aigu, je ne parle pas de l'épisode chronique. C'est à dire les patients chroniques que je pourrais voir pour renouvellement d'ordonnance.

I1: Oui, on parle d'aigu, c'est à dire quelqu'un qui n'a pas de symptôme d'IC habituellement.

E8: exactement. Principalement j'adapte les traitements diurétiques, en incrémentation. Voilà théoriquement, avec ce changement la situation devrait s'améliorer dans les jours qui suivent. Si ce n'est pas le cas il faut revoir ça rapidement. Soit avec moi ou avec son cardiologue s'il en a un, ou à l'hôpital. Je m'assure aussi que les personnes soient entourées chez elles surtout les personnes fragiles. Qu'il y ait soit un infirmier ou de la famille, qu'il y a une surveillance régulière du poids.

I1: est-ce que vous prescrivez d'emblée un bilan biologique ? Pas nécessairement?

E8: Cela dépend des patients. Des personnes que je connais, insuffisants cardiaques, que je sais que les BNP naviguent autour de 4000-5000 je ne vais pas réaliser un bilan biologique. Par contre chez quelqu'un que je ne connais pas insuffisant cardiaque, ou alors que j'ai un doute, s'il y avait je ne sais pas peut-être un épisode

infection concomitante, je vais regarder s'il ne dégrade pas sa fonction cardiaque. Les bilans biologiques, j'en prescris assez souvent quand même à l'épisode aigu.

I1 : très bien, alors disons que vous avez dû adresser votre patient en hospitalisation. Enfin aux urgences pour une décompensation cardiaque, puis il a été hospitalisé, vous revoyez le patient en consultation et est-ce que vous avez du mal ou non à adapter les traitements, en post hospitalisation ?

E8: Généralement ça ne me pose pas spécialement de problèmes en post hospitalisation. Je voulais dire il y a 2 types de situations. La personne je peux le voir au cabinet elle avec une ordonnance dont je maîtrise à peu près les gros principes et adapter les traitements. Soit ils sortent avec le système du PRADO, dans ce cas infirmière, je rentre dans le domicile du patient, on voit avec l'infirmière. Et en même temps, on voit un petit peu la situation. Mais globalement je ne me sens pas mal à l'aise par rapport à une sortie hospitalisation pour une insuffisance cardiaque.

I1: est-ce que vous avez des patients qui sont sous PRADO ?

E8: actuellement non.

I1 : d'accord, mais vous en avez déjà eu?

E8: oui j'en ai déjà eu oui, depuis 2019 mais devant 3 à 4 reprises pour des sorties d'hospitalisation post décompensation pour IC.

I1 : qu'en pensez-vous de ce dispositif ?

E8: Je trouve plutôt bien pensé encore une fois après. C'est très bien, c'est suivi par une infirmière quotidiennement. Après une petite problématique que je trouve, c'est le retour que nous on peut en avoir sur généralement des patients à domicile. Le système d'alerte enfin pour nous en tout cas, elles ne sont pas forcément bien relayées par la famille, ou par les auxiliaires, les infirmières, par exemple sur une prise de poids rapide pour nous prévenir, Les problèmes de la tension artérielle éventuels. Des fois, je pense qu'il y a un petit délai dans la prise en charge en fait par rapport aux signes d'alertes. Je n'ai pas assez de recul et d'expérience là-dedans, car j'ai eu que 3-4 patients. En gros en sortie d'hospitalisation il y a le PRADO IC mais derrière je vais plus trop entendre en parler.

I1: On souhaiterait aussi savoir l'envers du décor. Parce que la sécurité sociale l'a présenté comme quelque chose d'assez révolutionnaire, mais on aimerait savoir qu'est-ce que les médecins en pensent ?

E8: C'est toujours des bons systèmes dans les faits pour essayer de minimiser les hospitalisations à court terme.

Il y a un gros carnet que l'IDE remplit, ce carnet on le voit au début puis on ne le voit plus jamais.

I1 : le plus souvent c'est initié à l'hôpital, mais le médecin n'a pas toutes les informations.

E8: voilà, sinon y a un petit système mis en place, bon moi je n'utilise pas personnellement. C'est en sortie d'hospitalisation. C'est le TUCAN. Donc en fait on a un patient qui sort à domicile avec une télésurveillance de la saturation et du poids. Ces personnes ont un appareil relié directement au centre expert. Les patients peuvent être rappelés par le cardiologue, car ils se pesaient tous les jours et le cardio avait remarqué une prise de poids trop rapide. Voilà j'ai ça comme expérience.

I1: Et quand un patient qui sort d'une hospitalisation pour une décompensation cardiaque aiguë ce que donc vous avez dit, par exemple, vous le revoyez après combien de temps? Et comment faites-vous pour organiser le suivi avec les autres spécialistes ? Est-ce que par exemple en sortie d'hospitalisation, ils ont déjà leur rendez-vous ? Est-ce que c'est à vous de prévoir les rendez-vous ?

E8: alors tout dépend encore une fois des interlocuteurs. Généralement, les patients sortent avec un mois de traitement donc je les revois dans un mois. Souvent dans le mois qui suit leur sortie d'hospitalisation. Les choses sont bien faites. Mais généralement les rendez-vous sont prévus. Par exemple l'échographie cardiaque, consultation cardiologique de suivi. Mais ce n'est pas toujours le cas ça. Ça dépend des établissements, parce que j'entends souvent des patients quand je demande « est ce que vous avez des rendez-vous prévus de suivi ? Non, pas du tout ». Donc après c'est à nous d'organiser ça. Ça arrive fréquemment le suivi en sortie d'hospitalisation, j'allais dire le suivi au long cours. Dans certains cas il y a des problèmes, je ne sais pas, par exemple, d'organisation dans les services de cardiologie, de manque d'effectifs. Je ne sais pas, en tout cas de plus en plus on est amené à dire aux patients, il faut pour aller revoir le cardiologue à tel moment. Ou alors ce serait bien de recontrôler l'échographie cardiaque ou de faire l'épreuve d'effort ou de faire des choses comme ça. De plus en plus.

I1: d'accord, mais souvent c'est assez bien pris en charge en amont quoi ?

E8: En amont, ouais.

I1: Et sinon, s'il y a besoin de rendez-vous, vous prévoyez un courrier ?

E8: ouais, tout à fait bon. En fait, si je m'aperçois que la personne n'a pas de rendez-vous de suivi pour son IC dans les mois après son hospitalisation, je vais faire en sorte quand même que le spécialiste puisse le voir.

I1: Est-ce que vous connaissez ou vous avez entendu parler des nouvelles molécules les gliflozines?

E8: Oui, oui, tout à fait.

I1 : Vous connaissez donc les plus connus, c'est la dapagliflozine ou l'empagliflozine (Forxiga ou Jardiance). Comment vous les avez connus par des formations, des labos, des documents ?

E8: Oui, oui, ça doit être par des formations au départ et puis une FMC aussi. De manière concomitante avec un apport diabétologie pour le Forxiga et puis après formation. Je l'ai appris sur une formation sur le versant néphrologique aussi. Et puis aussi pour le versant cardiologique, parce qu'on a été l'occasion d'une FMC en présentiel, où sont exposées ces molécules par des spécialistes. Et puis on a fait une FMC aussi avec des spécialistes intervenants locaux notamment en diabétologie qui nous ont expliqué le maniement de ces molécules.

I1: Est-ce que vous avez déjà fait une primo prescription ?

E8: oui.

I1 : Plutôt pour diabète ou cardiaque ?

E8: majoritairement diabète que l'IC. J'ai déjà fait dans les 3 grandes indications. Pour la troisième indication néphrologique, c'est souvent avec concertation avec le néphrologue. Donc, pour le traitement du diabète, aussi IC et insuffisance rénale chronique. Généralement les patients diabétiques font des complications vasculaires.

I1: oui c'est les patients avec des facteurs de risque cardio-vasculaires.

E8: oui voilà. Donc oui j'ai déjà fait des primo prescription.

I1 : Vous vous sentez un peu en difficulté à utiliser ces médicaments ? Ou c'est assez simple pour vous ?

E8: Alors non, ça dépend des indications effectivement. Après faut bien informer les patients, y a des patients qu'effectivement peuvent avoir des problèmes urinaires, des choses comme ça qui va être invalidant. Il faut faire passer la pilule donc bon c'est comme pour tout. Mais j'allais dire quand on informe bien et les résultats de ces molécules c'est bien accueilli.

I1 : vous n'avez pas trop eu d'effets secondaires ou des retours négatifs venant de ces molécules ?

E8: Effet secondaire alors, j'ai dû arrêter une fois pour des problèmes d'infection urinaire masculine, sachant que je traitais et la personne gardait une gêne donc j'avais arrêté. Et aussi une dame qui a eu une grosse vulvite, donc j'ai dû arrêter, mais c'est les 2 seuls cas. Parmi les dizaines, quinzaine de patients à qui j'ai dû prescrire ça je pense.

I1 : vous avez évoqué tout à l'heure, que vous faites des formations médicales continues, comment vous faites dans l'année pour vous organiser ?

E8: dans l'année, ça se passe de 2 façons, c'est à dire soit formation en ligne ou présentiel. Je ne peux pas toutes les faire mais de plus en plus j'essaie de me rendre au moins à deux ou trois événements dans l'année. Je lis aussi, je suis abonné à des revues de littérature, comme Prescrire.

I1 : Des revues pour les médecins généralistes.

E8: Oui, voilà tout à fait.

Maria: Est-ce que vous avez un ECG dans votre cabinet ?

E8: oui

I1 : Comment vous l'utilisez pour quel motif ?

E8: Alors je l'ai depuis pas très longtemps. Je l'utilise principalement pour des diagnostics des troubles du rythme, c'est ça vraiment ma première utilisation, la première est quasiment la seule. Après je commence à faire pour le suivi annuel du diabétique, je fais un ECG par an. Et puis je ne fais pas pour le sportif, notamment le jeune je ne suis pas formé à ça.

I1 : Et pour les douleurs thoraciques ?

E8: Pour les douleurs thoraciques alors ce n'est pas encore arrivé. Mais je me questionne par rapport à ça parce que quoi qu'il arrive, il y aura un appel derrière sur le 15 donc voilà je ne sais pas. J'utilise depuis moins d'un an l'ECG.

I1: D'accord, et c'est un ECG que vous devez interpréter, c'est ça ?

E8: oui c'est ça

I1: D'accord, est-ce que vous trouvez des difficultés à l'interpréter ? Ou généralement vous êtes à l'aise ?

E8: Pour l'utilisation que j'en ai ça ne me pose pas spécialement de problème. Je ne fais pas d'ECG tous les jours, et puis quand j'en fais, je cherche quelques choses en particulier donc je connais l'interprétation. Après, je me suis formé avant de le prendre. Je me suis reformée en e-learning sur des cas classiques de cabinet, de cas courant. On utilise beaucoup la plateforme de télé-expertise.

I1 : Quelle plateforme ?

E8: Celui du Pays de la Loire. C'est GCS- e-santé, c'est une plateforme développée par Pays de la Loire équivalent d'Omnidoc. On a des experts de l'hôpital public ou des cliniques qui peuvent répondre via télé-expertise. Bien sûr dans les cas d'urgence ça n'a pas d'utilité, mais dans l'expertise des ECG on peut avoir une réponse dans les 48 heures.

I1: Et justement les cardiologues, comment vous les contactez habituellement ? Par exemple sur un avis à propos d'un traitement ou sur un suivi d'un patient avec une pathologie cardiaque ? Comment vous communiquez avec eux, est-ce que plutôt vous faites plutôt un mail, un courrier, ou vous appelez avec votre téléphone ? Vous avez notamment évoqué la télé-expertise.

E8: Principalement le téléphone, parce qu'en fait on a des consultations externalisées. Moi notamment, et j'ai beaucoup de patients âgés qui sont suivis ici, puisqu'ils ont des difficultés à se déplacer leur cardiologue vient dans la ville, donc je peux le joindre facilement s'il est sur place, et puis même s'il n'est pas sur place, si j'ai besoin de l'appeler soit à la clinique ou à l'hôpital je peux les joindre sans trop de difficultés. J'ai la messagerie MSSanté que j'utilise de manière plus rare mais. Parce que je ne sais pas si le spécialiste regarde ça de manière régulière. Ça marche des fois avec l'hôpital X, j'avais une patiente qui n'allait pas bien, qui était dans une grosse poussée d'IC qui ne nécessitait pas d'hospitalisation. Le cardiologue m'a répondu dans la journée par messagerie sécurisée pour la voir rapidement, donc ça marchait pas mal.

I1: Et pour adresser un patient, vous m'avez dit tout à l'heure plutôt courrier ?

E8: Alors tout dépend. Alors pour une consultation ?

I1: oui, ou par exemple pour un patient diabétique, disons que vous voulez qu'il voit le cardiologue pour une première fois.

E8: Bon moi je fais un courrier effectivement c'est la majorité des cas. Je fais un courrier, je donne les noms des interlocuteurs de proximité par rapport à lui, s'il souhaite, s'il arrive à prendre un rendez-vous. Des fois je prends rendez-vous pour les personnes âgées en difficultés, ou les personnes très isolée, je prends rendez-vous pour eux sur Doctolib, ça ne me dérange pas de le faire de manière ponctuelle. J'ai un compte où je peux leur prendre rendez-vous.

I1: Donc ça dépend de l'autonomie des patients? S'ils arrivent à débrouiller ils prennent le rendez-vous, sinon c'est vous qui gérer?

E8: oui c'est ça, 90% des cas c'est un courrier remis au patient avec les noms des interlocuteurs.

I1: Et donc vous m'avez dit le centre de référence, ça reste l'hôpital X?

E8: Oui, exactement.

I1: vous trouvez que c'est facile d'accès pour vous ?

E8: C'est à dire si j'adresse un patient ?

I1: Oui, ou par exemple même pour les contacter ?

E8: Alors c'est ça reste assez facile parce qu'on a des lignes directes, il y a aucun souci. Moi je travaille un peu plus avec la clinique privée que l'hôpital depuis quelques années. L'hôpital X est en difficulté en termes d'effectifs et donc un peu plus compliqué. Je rappelle pour des patients, pour des contrôle de défibrillateurs, des gens qui ne sont pas vu depuis un an et demi voir 2 ans donc voilà c'est un peu compliqué. L'hôpital ils sont quand même assez réactifs, on travaille assez bien. On travaille aussi avec une clinique Y dans une autre ville, ils ont un gros pôle cardiologique, ils font aussi de la chirurgie cardiaque.

I1: C'est une clinique privé ?

E8: Oui c'est privé. Il y a une quinzaine de cardiologues. Ils font tout, de l'intervention aussi. Et puis il y a aussi de la chirurgie cardiaque c'est un gros centre de cardiologie. De plus en plus nos patients sont suivis là-bas.

I1 : Ça vous arrive d'appeler par exemple la ligne d'avis au à l'hôpital X ou non ?

E8: Rare, plutôt la clinique. Après j'appelle beaucoup les consultations à l'hôpital de X où je sais que je suis en relation avec l'infirmière des consultations qui va discuter avec le spécialiste quand il viendra, soit le spécialiste m'appelle ou me donne des nouvelles.

I1: Ah oui, donc vous avez un interlocuteur direct, donc ça peut être plus simple.

E8: Oui c'est ça, après je fais de la télé-expertise aussi par la plateforme, donc sur des choses pas urgentes du tout. Du coup bon c'est un peu plus laborieux à faire parce qu'il faut remplir un dossier ça prend 5-20 minutes quand même, c'est assez pénible.

I1 : Ok, très bien. Est-ce que vous vous avez des suggestions, des choses qui vous enfin des remarques qui vous faciliteraient votre quotidien dans la prise en charge d'un suivi patient IC ou même par rapport aux thérapeutiques, des doutes, des questions ?

E8: Moi je pense que ce qui améliorer à tout point de vue la prise en charge c'est l'ETP, je pense qu'il manque actuellement tout un volet éducation thérapeutique. Mais il y a quand même quand on questionne au cabinet sur les signes d'alertes, sur des choses, un état de santé qui pourrait être dégradé. Les gens ne connaissent pas du tout, comme être plus essoufflés, mais pour eux ce n'est pas forcément un lien avec le cœur. Même le régime alimentaire, je veux dire quand on les questionne sur est-ce que vous savez que vous devez faire attention dans ce type d'aliment ou pas, les gens ne savent absolument pas en fait. Voilà donc là y a tout un je pense une éducation thérapeutique qui soit n'a pas le temps d'être fait, soit voilà du fait de temps du fonctionnement du flux tendu de tous les centres hospitaliers. Puis des gens avant qui restaient une semaine à l'hôpital. Restent maintenant 3 jours ou 48 à 72 heures. Dons voilà nous après on prend le relai. On a une IDE Asalée qui fait un relai sur l'ETP sur des patients avec un profil vasculaire.

I1: Donc dans votre cabinet c'est une IDE Asalée qui fait l'ETP ?

E8: Alors oui mais pas spécifiquement sur l'IC. Elle en profite quand les patients sont aussi diabétique, et pour la prévention des facteurs de risques cardio-vasculaires. Et quand il y a des choses en rapport avec l'IC elle aborde ce côté-là aussi.

I1: C'est-à-dire, quand vous voyez un patient après un l'épisode aigu d'IC ou quelqu'un qui sort rapidement d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, l'éducation thérapeutique, si c'était sur un week-end on pense bien que ça a été sauté. Donc quand vous revoyez le patient est ce que c'est vous prévoyez dans votre consultation une partie pour faire l'ETP où vous prévoyez un rdv avec l'IDE Asalée ?

E8: Ca dépend encore une fois du profil de patient, j'en parle toujours quoi qu'il en soit. Je questionne le patient sur ce qui s'est de son état cardiaque et des signes qui doivent leur faire l'alerter. Et puis après on parle, on parle un petit peu de régime alimentaire, des choses comme ça. Moi je sais que j'aborde assez fréquemment pendant la consultation après c'est vrai que notre IDE Asalée n'a pas une consultation dédiée à l'IC. Et que ça peut être une voie pour nous aussi, de quelque chose à l'avenir qu'on pourrait développer. Elle voit des patients diabétiques pour l'ETP, elle voit des patients en surpoids, des dépistages pour les patients avec trouble mnésiques. Mais on n'a pas ce volet spécifique pour l'IC. Mais ça peut être une bonne alternative.

I1: Comme vous avez dit pour le diabète et la dyslipidémie les patients ont plus de réflexes pour l'alimentation, mais moins pour l'IC.


E8: Oui les gens ne connaissent pas les symptômes. Ils savent l'essoufflement, mais pas encore la prise de poids rapide, encore faut-il qu'ils réussissent à se peser. Souvent maintenant en sortant d'hospitalisation ils ont la dapagliflozine ou l'empagliflozine et les MG on poursuit derrière.

I1 : Très bien merci pour le temps accordé à cet entretien. Avez-vous d'autres suggestions ?

E8 : rien de plus pour le moment, j'aimerais avoir la fiche récapitulatif à la fin de votre thèse si possible par mail.

I1 : très bien, avec plaisir.

Annexe 6 : Protocole d'hospitalisation à domicile

	Sortie précoce de cardiologie des patients en insuffisance cardiaque sous FUROSEMIDE IV	QUAL.PARC.PTS.MO.093 MODE OPERATOIRE Création : 29/07/2022 Diffusion : 22/09/2023 Version : 0 p.1/2
---	--	---

<u>Rédaction</u> PELE Nicolas 28/09/2023	<u>Vérification</u> CHEVREAU-BERTON Bénédicte 28/09/2023	<u>Approbation</u> DURAND FONTANEL Sandra 31/10/2023
--	--	--

1. Domaine d'application

Médecins, IDE, Pharmaciens.

2. Objet

Décrire les modalités du traitement de Furosémide en intraveineux pour un patient insuffisant cardiaque.

3. Documents rattachés

- ♦ QUAL.PARC.PTS.PCD.060 : Procédure "PARCOURS PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE CHRONIQUE : Sortie précoce du service de cardiologie du CH de Cholet"

4. Historique des révisions

N° de version	Date	Nature des modifications	Page(s) modifiée(s)
000	07/07/2023	Création	

5. Description

Surveillance :

- TA, FC, Saturation en oxygène 2 fois par jour, poids, diurèse si possible, OMI, dyspnée, douleur thoracique, TJ, RHJ
- Iono, urée, créatinémie + clairance quotidiens (sauf dimanche si non nécessaire), Nt-proBNP

Source : protocole établi entre le service de cardiologie du CH de Cholet et HAD de Cholet

Suite Annexe 6 : Protocole d'hospitalisation à domicile

Traitement diurétique :

Modalités de perfusion :

- Par FUROSEMIDE IV par PSE sur 24 H
- Ou sur 12 H si problème pour se rendre aux toilettes la nuit ou altération du sommeil
- Ou IVDL 2 à 3 fois par jour si risque de déperfusion par le patient (démence)

Durée de la perfusion :

- Maintien de la perfusion jusqu'à l'obtention du poids cible
- Arrêt si dégradation de la fonction rénale, si déperfusion répétées
- Demander la pose d'un Picc-line ou Midline si VVP précaire au 02 41 49 62 49 (avant le jeudi pour pose la semaine d'après)

Adaptation de la posologie :

- Si diurèse > 4 L sur 24 H : suspension du FUROSEMIDE 12h et reprise de à 50% de la posologie antérieure
- Si diurèse < 2 L sur 24 H : doubler la posologie antérieure

Adjonction de médicaments complémentaires, sur avis cardiologique :

- ESIDREX per os si Furosémide > à 500 mg/jour nécessaire
- BURINEX IV : si efficacité insuffisante du FUROSEMIDE à 1gr IV (1 gr de LASILIX = 30 mg de BURINEX)

Relai diurétiques per os :


- Équivalence de posologie : FUROSEMIDE IV = ½ FUROSEMIDE per os.
- Au relai per os, reprendre la dose per os antérieure à l'hospitalisation mais majorée de 20 à 40 mg de FUROSEMIDE ou la dose per os prescrite par les cardiologues à la sortie

A la sortie :

- Prescrire biologie à J7 et J30
- Prendre rendez-vous de contrôle cardiologique si non prévu.
- Re-déclencher le PRADO

Source : protocole établi entre le service de cardiologie du CH de Cholet et HAD de Cholet

Annexe 7: Fiche décisionnelle d'entrée dans le PRADO IC




**l'Assurance
Maladie**

1^{er} feuillet
à conserver
dans le dossier médical

**PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE
APRÈS DÉCOMPENSATION CARDIAQUE**

Formulaire d'éligibilité



Nom de l'établissement
(ou cachet): _____ Service: _____

Identité du patient

Nom: _____

NIR: _____

Date d'entrée dans le service: ____/____/____

Si le patient n'est pas l'assuré:
Nom de l'assuré: _____

Prénom: _____

N° de chambre: _____

Date de sortie prévue: ____/____/____

Prénom de l'assuré: _____

Éléments à prendre en compte avant la décision d'orientation du patient

Critères médicaux:

Pas de dialyse rénale ☐

Pas de traitement étiologique chirurgical à court terme ☐

Pas d'altération significative des fonctions supérieures ☐

Pas de transplantation cardiaque en attente ☐

Pas de nécessité de transfert vers un SSR ☐

Pas de soins palliatifs ☐

Critères d'autonomie:

Capacité à se lever, se coucher ou s'asseoir seul ☐

Capacité à comprendre les consignes (trouble du comportement) ☐

Capacité à marcher seul dans son logement (absence de besoin d'une tierce personne) ☐

Pas de nécessité de transfert vers une institution spécialisée (EHPAD) ☐

Décision d'éligibilité

Patient éligible au programme
d'accompagnement de retour à domicile:

non ☐ oui avec aide à la vie* ☐ oui sans aide à la vie ☐

* aide à la vie: aide ménagère et/ou portage de repas

Suivi du patient

RDV 1 mois environ après la sortie avec:

☐ avec un cardiologue de ville
ou
☐ le cardiologue hospitalier le ____/____/____

**Classement du patient, en fin d'hospitalisation,
selon la classification NYHA***

Stade NYHA I** ☐

Stade NYHA II** ☐

Stade NYHA III** ☐

Stade NYHA IV** ☐

Fraction d'éjection du ventricule gauche

F.E.V.G. ≥ 50 oui ☐ non ☐

Date: ____/____/____ Cachet du médecin: _____

Signature du médecin: _____


* Classification de l'insuffisance cardiaque par la New York Heart Association.

** Stade NYHA I: pas de limitation = les efforts physiques habituels ne provoquent pas de fatigue, dyspnée ou palpitations inhabituelles.

Stade NYHA II: il existe une petite limitation des capacités physiques = pas de symptômes au repos mais des efforts normaux provoquent fatigue, palpitations ou dyspnée.

Stade NYHA III: il existe une limitation évidente de la capacité d'effort = le patient se sent toujours bien au repos mais un effort minime provoque déjà des symptômes.

Stade NYHA IV: le patient ne peut plus effectuer aucun effort sans éprouver de symptômes = les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont déjà là au repos et s'aggravent au moindre effort.

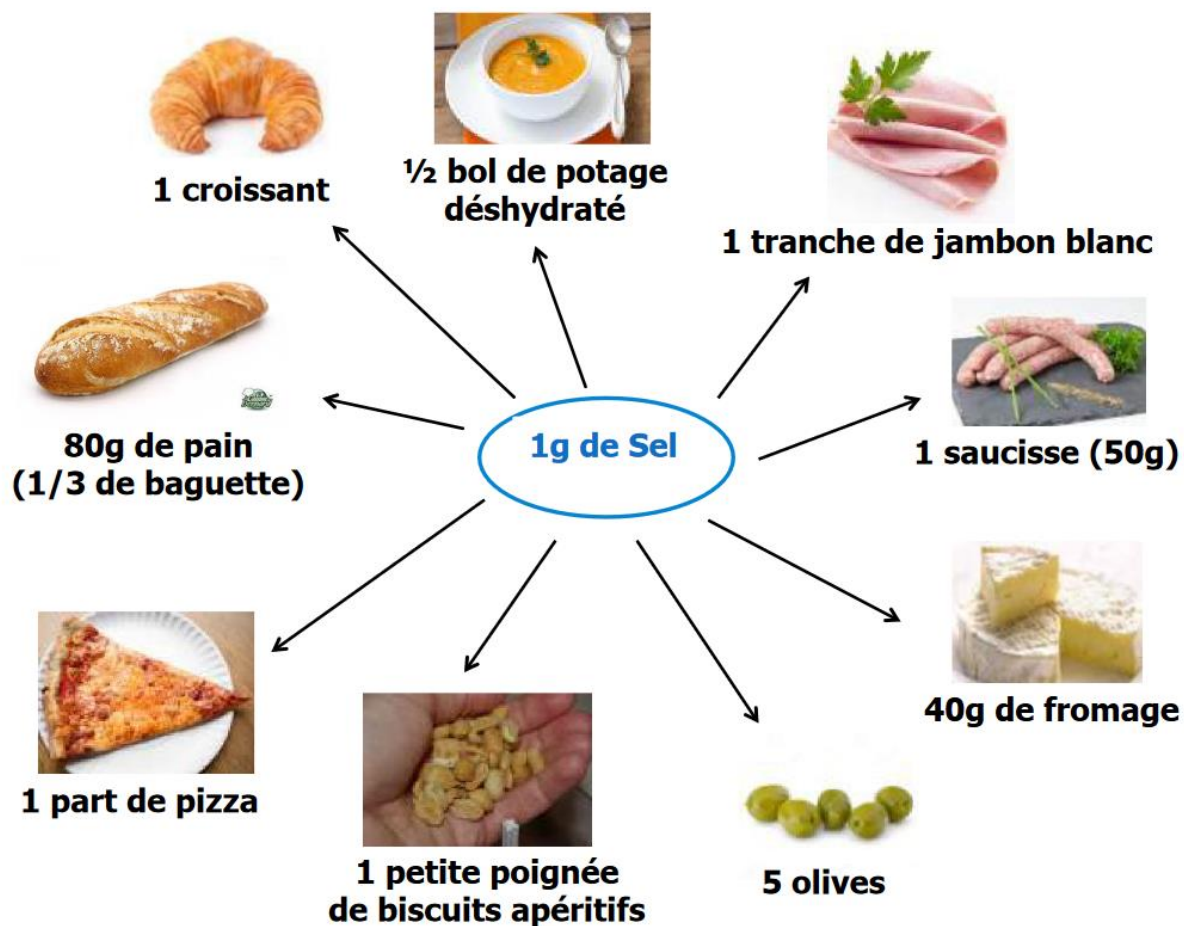


**Société
Française
de Cardiologie**

IMPPICFE10

Source : Assurance Maladie

Annexe 8: Savoir identifier sa consommation de sel



Source : ADPHSO-LAROPHA accessible sur le site internet laropha.org « atelier ETP IC ».

Annexe 9 : Fiche d'aide à la pratique de l'ETP en médecine générale

1) ETP Séquentielle en plusieurs consultations :

- Le patient prépare ses questions en avance pour partir de ses questions
- A réaliser à distance d'une hospitalisation avec de préférence un accompagnant
- Dédier une consultation pour ne parler que de ça
- Demander au patient de choisir son thème :
 - Recueillir les représentations du patient sur sa maladie, la dimension psychologique avec aide psychologique si nécessaire.
 - Explication de la maladie avec reconnaissance des signes d'alertes simple à retenir, RHD, Activité physique, Thérapeutiques, Dimension psychologique avec gestion dans la vie quotidienne.
 - Règles hygiéno-diététiques en présentant au patient des affiches simples avec par exemple la teneur en sel des aliments. Le site mangerbouger.fr pour se former et à donner au patient également. L'adressage à un diététicien si nécessaire.
 - Education physique avec la pratique quotidienne 30 minutes par jour sans que ce soit du sport intense avec aide possible de l'APA ou des kinésithérapeutes.
 - Les thérapeutiques avec l'éducation du patient à connaître le nom et l'indication de ses traitements. Contrôler que le patient comprenne l'intérêt de son traitement. Apprendre la gestion des effets indésirables et la gestion avec les autres traitements (éviter les comprimés effervescents).
 - Exemples d'outils pour se former à l'ETP IC : Livrets PRADO, ICAN, ITEC (27-29), site de « Heart Failure Association ».

2) Formation ETP :

Formation de 40 heures sur l'ETP en e-learning ou présentielle (30), non spécifique de l'IC, payante mais pouvant être pris en charge par la CPTS ou partiellement par le DPC.

3) Adressage :

- IDE Asalée ou Infirmier de Pratique Avancée spécialisée dans l'IC
- Centre de réadaptation cardiaque

Annexe 10 : Programme de rééducation cardiaque –

Les Capucins Angers

En pratique

Séances collectives



Vélo
45 minutes



Activité physique
(en salle, piscine...)



Atelier
diététique



Atelier
«votre traitement
cardiaque»



Séances individuelles
en fonction des besoins



Accompagnement pluridisciplinaire Synthèses

médecin, infirmier,
kinésithérapeute,
ergothérapeute, diététicienne,
éducateur sportif, psychologue

Vos contacts pour la suite....

- Le club Cœur et Santé Angers :
06.01.72.26.88
- Tabac Info Service :
0825.309.310 ou 3989

Plan d'accès aux Capucins



LES CAPUCINS ANGERS

Réadaptation spécialisée adulte, pédiatrique
Soins de longue durée / EHPAD
11 boulevard Jean Sauvage, CS 40329
49103 Angers Cedex 02
02.41.35.15.15

www.les-capucins-angers.fr



Le programme de rééducation cardiaque



réf doc : 2014PAT036
maj : 16/12/2020

Les Capucins vous accueillent pour une réadaptation cardiaque à l'effort, sur une durée de 3 semaines, en groupe de 8 personnes.

Vous y bénéficierez d'un reconconditionnement à l'effort afin de reprendre une activité physique régulière.

Ce programme est basé sur une éducation thérapeutique.



L'éducation thérapeutique, c'est quoi?

Ce sont des rencontres régulières pour :

- m'accompagner dans la gestion de ma maladie au quotidien
- mieux comprendre ma maladie et mes traitements
- adapter mes activités quotidiennes aux conséquences de la maladie et du traitement
- Être écouté, m'exprimer sur mon vécu et mes craintes, et partager mon expérience.

L'éducation
thérapeutique me
permet d'être plus
acteur de ma prise en
charge et renforce mon
autonomie

Les thèmes

Activités physiques : «un avant, un après...»

- Connaissance de l'échelle d'essoufflement et de la fréquence respiratoire
- Adaptation du corps à l'effort
- Intérêt d'une activité physique régulière
- Planification de l'activité physique régulière

Ma maladie, mon traitement

- Mieux connaître son cœur
- Mes signes d'alerte
- Mon traitement cardiaque
- L'auto-surveillance
- Mes facteurs de risque : tabac, diabète...

Mes activités (professionnelles, domestiques, de loisirs...)

- Les efforts de vie quotidienne
- Mise en situation de vie quotidienne

Mon hygiène alimentaire

- Table ronde sur l'équilibre alimentaire
- Groupes d'aliments (intérêt, fréquence...)
- Analyse du suivi du week-end
- Atelier cuisine
- Les corps gras

Initiation à la relaxation

Ce que j'attends du programme :

-
-
-
-
-
-

Mes projets :

-
-
-
-
-
-

réf doc : 2014PAT036
maj : 16/12/2020

Annexe 11 : Programme de réadaptation cardiaque – CH Nord-Mayenne

PRISE EN CHARGE

La prise en charge comprend différentes séquences :

- ♦ Ré-entraînement à l'effort personnalisé : Tapis roulant, vélo, gymnastique (monitored avec surveillance continue).
- ♦ Marche.
- ♦ Relaxation.
- ♦ Suivi diététique, séances collectives et ateliers.
- ♦ Programme d'éducation thérapeutique
- ♦ Educations spécifiques : Insuffisance cardiaque, anticoagulant, diabète, auto mesure tensionnelle.
- ♦ Aide au sevrage tabagique et bilan addictologique (alcool, médicaments, drogues).
- ♦ Soutien psychologique.
- ♦ Aide à la réinsertion professionnelle.



Le Club Cœur et Santé est partenaire de l'Hôpital de Jour SSR affections cardiovasculaires

NOUS CONTACTER



Secrétariat
02.43.08.73.53



Infirmière
02.43.08.73.00
Poste 7855

En dehors des heures d'ouvertures
☎ 02.43.08.73.56

Centre Hospitalier du Nord-Mayenne
186 rue de la Baudrairie
53100 MAYENNE



[Lhttps://www.ch-mayenne.fr/annuaire-activite/activite/education-therapeutique-du-patient-parcours-educatif-en-readaptation-cardiaque.html](https://www.ch-mayenne.fr/annuaire-activite/activite/education-therapeutique-du-patient-parcours-educatif-en-readaptation-cardiaque.html)



PREVENTION ET READAPTATION CARDIAQUE AMBULATOIRE

Pôle n° 1 Urgences-Médecine-Soins de Suite et Réadaptation (UMSSR)

CHNM
CENTRE HOSPITALIER
du NORD-MAYENNE

Edition mai 2019

LES MISSIONS

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la réadaptation cardiaque est « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardio-vasculaire, pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale, afin qu'ils puissent par leurs propres efforts préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté ».

LES OBJECTIFS

- ♦ Les soins et la surveillance après une opération cardiaque, un infarctus myocardique ou au cours d'une insuffisance cardiaque ...
- ♦ La reprise contrôlée des activités physiques et de l'autonomie avec, sauf exception, la reprise des activités professionnelles.
- ♦ La prévention secondaire contre les facteurs de risque de récurrence de la maladie athéromateuse.

FONCTIONNEMENT

Pour assurer cette mission, le Centre Hospitalier dispose d'un Hôpital de Jour de Réadaptation cardiaque avec un Plateau Technique adapté.

L'hôpital de jour assure une prise en charge des patients à raison de quatre demi-journées par semaine, durant une période limitée de 5 à 7 semaines.

Des activités collectives sont proposées. Une attention particulière est attachée aux conférences éducatives et à l'éducation nutritionnelle.

Le programme de réadaptation cardiaque est réalisé sur un mode ambulatoire. Un cardiologue est toujours présent sur site pendant les séances de réadaptation.

En salle d'épreuve d'effort et en salle d'entraînement physique, le matériel est en conformité avec les normes définies par la réglementation actuellement en vigueur. Du personnel compétent est formé aux gestes d'urgences assure votre prise en charge.

NOMBRE DE PLACES : 10



L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE



Cardiologues



Infirmières
IDE Addictologie
Cadre de Santé



Kinésithérapeutes
Educateurs sportifs



Psychologue



Diététiciennes



Assistante sociale
secrétaire

Place du médecin généraliste dans la coordination et la prise en charge du patient présentant une insuffisance cardiaque : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la subdivision universitaire d'Angers

RÉSUMÉ

Introduction : L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique sévère dont la prévalence ne cesse d'augmenter avec un fort impact sur la qualité de vie des patients. L'objectif de cette étude était de savoir comment les médecins généralistes (MG) prenaient en charge leurs patients présentant une IC et les difficultés qu'ils rencontraient.

Matériels et Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, jusqu'à saturation des données, auprès de MG installés dans le Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne. Un double codage et une triangulation des données ont permis une analyse thématique selon une théorisation ancrée. L'étude a été conçue selon les critères de la grille COREQ.

Résultats : Au total, 14 entretiens ont été réalisés entre août 2023 et février 2024. Les MG géraient sans difficulté l'épisode aigu en ambulatoire, avec un recours hospitalier si nécessaire. En revanche, l'optimisation des traitements de fond restait plus difficile. Les gliflozines étaient peu initiées dans le cadre de l'IC et les avis sur ces nouvelles molécules étaient partagés. Les difficultés rapportées étaient la contrainte de temps, l'accessibilité au cardiologue, et parfois le manque de communication entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Les améliorations possibles seraient, des comptes rendus plus détaillés, des hospitalisations directes en cardiologie et des créneaux de consultations cardiologiques réservés aux MG avec des rendez-vous rapides. Enfin, il faudrait améliorer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) grâce au développement de centres d'IC avec un réseau infirmier dédié, et une meilleure formation des MG sur l'ETP.

Conclusion: L'épisode d'IC aigu est bien maîtrisé par les MG alors que l'optimisation des traitements de fond l'est moins. Les difficultés ressenties sont liées au manque d'accessibilité au cardiologue et à l'hôpital et à une contrainte de temps organisationnelle pour se former et réaliser l'ETP. Il pourrait être intéressant de fluidifier le système de télé-expertise pour faciliter la communication et de recueillir le point de vue des cardiologues sur le même sujet.

Mots-clés : Insuffisance cardiaque, médecine générale, cardiologue, optimisation des traitements, gliflozines, éducation thérapeutique du patient, communication pluriprofessionnelle

Role of the general practitioner in the coordination and medical care of patients with heart failure: a qualitative study of general practitioners in the sub-division of University of Angers.

ABSTRACT

Introduction : Heart failure (HF) is a severe chronic disease with an increasing prevalence and a significant impact on patients' quality of life. The objective of this study was to understand the way general practitioners (GP) manage their patients with HF and the difficulties they encounter.

Materials and method : A qualitative study using semi-directed individual interviews was conducted until data sufficiency was collected, involving general practitioners practicing in Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne. Dual coding and data triangulation enabled a thematic analysis based on grounded theory. The study was designed according to the COREQ checklist criteria.

Results : A total of 14 interviews were conducted between august 2023 and february 2024. GP managed the acute episodes in ambulatory care without difficulty, resorting to hospitalization if necessary. However, optimizing long-term treatments proved to be more challenging. Gliflozins were rarely initiated for HF, and opinions on these new drugs were mixed. Reported difficulties included time constraints, accessibility to cardiologists, and sometimes a lack of communication between the hospital and outpatient care. Possible improvements included more detailed reports, direct hospitalizations in cardiology, and reserved cardiology consultation slots for GPs with quick appointments. Additionally, enhancing therapeutic patient education (TPE) through the development of HF centers with a dedicated nursing network and better GP training on TPE was suggested.

Conclusion : The acute HF episodes are well managed by GP, whereas the optimization of long-term treatments is less so. The difficulties encountered are related to limited accessibility to cardiologists and hospitals, as well as organizational time constraints for training and conducting TPE. It could be interesting to streamline the tele-expertise system to facilitate communication and to gather cardiologists' perspectives on the same topic.

Keywords : Heart failure, general practitioner, cardiologist, optimization of treatments, gliflozins, patient therapeutic education, multi-professional communication