



Faculté de médecine

Année 2022/2023

N°

## Thèse

Pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

par

**Philippe ROZIER**

Né 13 mars 1994 à Naucalpan (Mexique)

---

---

**Exploration du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.**

---

---

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2023 devant un jury composé de :

Présidente du Jury : Professeur Anne BERNARD, Cardiologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury

Docteur Boris SAMKO, Médecine Générale, MCA Faculté de Médecine - Tours

Docteur Maxime PAUTRAT Médecine Générale, MCA Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Docteur Loïc Druilhe, Médecine Générale - Tours

## RÉSUMÉ

### Explorer le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

**Introduction :** En 2023 en France, la prévalence de l'insuffisance cardiaque chronique est estimée à 10 % de la population âgée de plus de 70 ans. En 2005, la prévalence des consultations en médecine générale pour ce motif est de 11,9% chez les patients âgés de 60 ans et plus et de 20% chez les plus de 80 ans d'après une enquête nationale sur l'insuffisance cardiaque chronique. Une optimisation thérapeutique permettrait une diminution à long terme de la mortalité ainsi que du nombre d'hospitalisation d'après une étude de 2014 de « l'International Journal of Cardiology ». Deux études de « l'European Heart Failure » parues en 2007 et en 2016 retrouvaient que les médecins généralistes appliquaient la thérapeutique mais à dose non optimale. L'objectif de notre étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Étaient inclus des médecins généralistes thésés du département du Loiret et des Pyrénées-Atlantiques. Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, en « focus group » et individuels, avec un échantillonnage par effet « boule de neige ».

**Résultats :** Nous avons mené 4 focus group et 2 entretiens individuels de février à août 2023. La suffisance des données a été atteinte après le quatrième entretien. 5 concepts ont émergé. Les participants évoquaient une pathologie « complexe », difficile à diagnostiquer ainsi qu'une limite floue entre insuffisance cardiaque chronique et aiguë ; « *Moi j'ai un patient de 88-90 ans. Qui est venu pour une poussée d'insuffisance cardiaque.* » Ils déclaraient adapter spontanément le Furosémide : « *Le Lasilix, on l'utilise depuis très longtemps, on sait ce qu'il faut surveiller.* » ; mais ne se sentaient pas légitimes ni « compétents » pour modifier les autres traitements, notamment la Dapaglifozine et le Sacubitril/Valsartan « *[...] je voulais quand même avoir son avis de cardiologue pour m'autoriser à le faire.* » « *[...] vous avez déjà introduit sinon de l'Entresto par vous-même ? -On n'a pas le droit.* ». Les médecins généralistes ressentaient une différence entre leur approche et celle du cardiologue mais également selon le profil du patient : « *Non mais c'est vrai par exemple moi je vois, ça dépend de l'âge mais le jeune tu n'as pas envie de te planter t'appelle quand même facilement le cardio tu vois.* »

**Conclusion :** Les recommandations de l'insuffisance cardiaque chronique sont bien codifiées mais peu utilisées. Cela pose la question de l'applicabilité et de l'acceptabilité de ces recommandations en médecine générale. Devant l'utilisation omniprésente du Furosémide en consultation, il semblerait que le rôle du médecin généraliste s'apparente à la prise en charge de la décompensation et celui du cardiologue à l'optimisation thérapeutique. Le défaut d'optimisation thérapeutique pourrait être expliqué en partie par un manque d'habitude, un manque d'expérience et une méconnaissance de l'autorisation à prescrire les nouvelles thérapeutiques.

**Mots clefs :** Insuffisance cardiaque chronique, Médecin généraliste, Thérapeutique, Compétence, Légitimité.

#### **Jury :**

Présidente du Jury : Professeur Anne BERNARD

Directeurs de thèse : Docteur Loïc DRUILHE

Membres du Jury, Docteur Boris SAMKO, Docteur Maxime PAUTRAT, Docteur Loïc DRUILHE

Date de soutenance : 7 décembre 2023

## **SUMMARY**

### **Explore the feelings of general practitioners in the management of chronic heart failure.**

**Introduction:** In France in 2023, the prevalence of chronic heart failure is estimated at 10% of the population aged over 70 years. In 2005, the prevalence of consultations in general medicine for the reason “chronic heart failure” is 11.9% among patients aged 60 and over and 20% among those over 80. Therapeutic optimization would allow a long-term reduction in mortality as well as the number of hospitalizations, according to a study in the “International Journal of Cardiology”. Two “European Heart Failure” studies published in 2007 and 2016 concluded that the therapy was applied but at a non-optimal dose. The objective of our study was to explore general practitioners' feelings about the management of chronic heart failure.

**Method:** This was a qualitative study inspired by grounded theory. Included were doctoral general practitioners from the Loiret and Pyrénées-Atlantiques departments. We carried out semi-directed, “focus group” and individual interviews, with “snowball” sampling.

**Results:** We conducted 4 focus groups and 2 individual interviews from February to August 2023. Data sufficiency was reached after the fourth interview. 5 concepts emerged. The participants mentioned a “complex” pathology, difficult to diagnose as well as a blurred boundary between chronic and acute heart failure; “I have a patient aged 88-90. Who came in for a heart failure flare-up. » They declared that they spontaneously adapted furosemide: “We have used Lasilix for a very long time, we know what to watch out for. »; but did not feel legitimate or “competent” to modify other treatments, in particular Dapaglifozin and Sacubitril/Valsartan “[...] I still wanted to have his cardiologist's opinion to authorize me to do so”. “[...] have you already introduced Entresto yourself? -We do not have the right”. The general practitioners felt a difference between their approach and that of the cardiologist but also depending on the patient's profile: "No, but it's true, for example I see, it depends on the age but the young you don't want to planting still easily calls for cardio you see. »

**Conclusion:** The recommendations for chronic heart failure are well codified but little used. This raises the question of the applicability of the recommendations in general medicine. It would seem that the role of the general practitioner is similar to decompensation and that of the cardiologist, to therapeutic optimization. The lack of therapeutic optimization could be compared to a lack of habit of experience and a lack of understanding of the authorization to prescribe new therapies.

**Key words:** Chronic heart failure, General practitioner, Therapy, Skill, Legitimate.

#### **Jury:**

Chair of the Jury: Professor Anne BERNARD

Supervisor: Dr. Loïc DRUILHE

Members of the Jury: Dr. Boris SAMKO, Dr. Maxime PAUTRAT, Dr. Loïc DRUILHE

Date of Presentation: December 7, 2023

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas .....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
KERVARREC Thibault .....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie .....	Dermatologie
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien .....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas .....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain .....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle .....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie .....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie .....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'éthique médicale*

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

### *Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale*

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

### *Pour l'orthophonie*

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste  
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste  
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste  
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste  
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste  
SIZARET Eva.....Orthophoniste

### *Pour l'orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de  
la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

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

## **Remerciements :**

**À Mesdames et Messieurs les membres du jury,**

**À Madame la Professeur Anne Bernard,** je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury et d'apporter votre expertise.

**À Monsieur le Docteur Maxime Pautrat,** merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de me faire le plaisir de donner ton avis sur ce travail. Merci également pour ton accompagnement durant mon internat.

**À Monsieur le Docteur Boris Samko,** merci de m'avoir orienté vers mon directeur de thèse, merci de donner votre avis sur ce travail et merci pour un GEAP que j'avais particulièrement apprécié en votre compagnie.

**À Monsieur le Docteur Loïc Druilhe,** un grand MERCI. Merci pour ton accompagnement, merci pour la confiance que tu as portée à mes recherches et à mon travail.

**Merci à tous les médecins interrogés,** sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour.

**À la MSP des Chaises,** merci de vous être tous rendus disponibles pour m'aider dans ma thèse. Merci à vous Gérard, d'avoir guidé les opérations au sein de la MSP pour que tout le monde soit présent à l'entretien, et de m'avoir accompagné pendant mon internat. J'en garde un très bon souvenir.

**À la MSP Marie Stuart,** merci aux secrétaires d'avoir rendu possible l'entretien. Merci Naïma de m'avoir beaucoup appris pendant mon stage chez toi et d'avoir participé à mon travail.

**À la (nouvelle) MSP de Boigny / Bionne,** je remercie Charlotte de nous avoir présenté. Merci de m'avoir accepté en tant que remplaçant et de m'avoir confié vos patients. J'aurais souhaité profiter des nouveaux locaux plus longtemps.

**Au CMP Saint Marc,** merci pour votre gentillesse et votre bienveillance à mon égard. Un grand merci à vous Émilie et Laurence pour votre aide dans la réalisation de ce travail. Ma proposition de vous engager au Pays basque tient toujours ! Merci Raphaël pour ton regard éclairé lorsque j'étais un peu perdu pour le démarrage de cette thèse.

**À ma Famille,**

**À mes parents,** merci d'avoir cru en moi au lycée quand je vous ai annoncé que je souhaitais faire Médecine malgré mes résultats, il n'y a bien que mes parents qui pouvaient y croire. Merci de m'avoir accompagné lors des moments difficiles et d'avoir toujours été là pour moi. Merci aussi de m'avoir envoyé à Limoges. Je dois reconnaître qu'en dehors de vos goûts pour la décoration, vous avez plutôt de bonnes idées. Je vous demande toujours conseil malgré ma trentaine qui approche. Vous êtes en grande partie responsable de ma réussite aujourd'hui, je vous aime.

**À Marco et Émilie,** vous avez été une source de motivation dans ma réussite. Émilie via tes réussites aux concours qui me motivaient à faire aussi bien que toi et Marco via ton goût du risque et des expériences un peu bizarres.

Je dois reconnaître que je suis assez fier de mon frère et de ma sœur.

Émilie bon courage pour régler la crise Yougoslave. Quelle joie de devenir tonton, plein de bonheur avec Ali.

**Aux Abuelos**, gracias por todo, gracias por haberme acompañado como unos padres. Gracias por haberme enseñado a jugar tenis, domino, esquiar, nadar y tantas cosas mas ! Los quiero mucho !

**À Papy et Mamie**, cher confrère, Chère consœur, c'est avec joie que je rentre dans cette grande famille dont vous faites partie. Papy merci pour tes cartes qui m'ont motivées en début de parcours.

**À la familia Del Hierro**, gracias a todos por ser lo que son !

**À la famille Vieillefond**, merci d'être présents pour ce jour important.

**À la famille Motard**, ma nouvelle famille ;), Merci pour votre aide du quotidien. Merci pour l'encouragement dans mes activités sportives, et merci pour votre aide pour notre emménagement dans le Sud-Ouest.

**À mes amis d'Annecy**,

Merci à Max et Paul pour les visios qu'on a faites en première année de médecine, qui m'ont encouragées pour ce premier concours.

Merci à Alex et Hadri pour ces soirées à Lausanne.

Merci à Eléa, je suis content qu'on ait gardé contact malgré le peu de fois qu'on s'est vus depuis mon exil à Limoges.

Merci à Nico pour ces sorties ski, beach volley à l'Impérial et pour tes blagues pourries.

Merci au Guerrier Grec alias Jean.

Merci à Baptiste et Val, pour ces soirées au Pop.

Merci à Flo, mon pilote de Wake, rétablis-toi vite.

**À mes drôles de copains de Tours**,

Merci Stan pour ta bonne humeur et ton humour, j'espère pouvoir renager en ta compagnie dans un prochain triathlon.

Merci Brigault de m'avoir fait rire par ta rigueur au travail pendant 1 an, et à ces siestes partagées dont l'ordre recevra bientôt des clichés.

Merci au Genet, à la Paysant, A la Romane, à la Vicari pour ce beau stage de 3 mois en Pédiatrie où le travail était (très) intense et où j'ai appris à bien prescrire le doliprane.

Merci à CH et Alice d'avoir rendu ce stage de Gyneco plus agréable.

**À Ouh la Panthère**,

Merci Antoine (Medhos), pour toutes ces soirées, ces moments de rigolades, ces conseils et d'avoir une maman aussi gentille.

Merci Arthur (Branchu), merci de m'avoir aidé à tricher pour le contrôle de néphro.

Merci Baptiste (Baptou), pour la coloc à Tours, pour toutes ces parties de squashes, tennis et de ta gentillesse envers Charlotte. Merci également à tes parents de m'avoir accueilli comme un troisième fils pendant toutes ces années.

Merci Charles (Charles), d'être drôle, de tes conseils de voyageur, et merci pour le meuble du salon.

Merci Clément (Coach), de me rappeler la Suisse à longueur de temps, pour tes bonnes adresses et tes bonnes infos ! Merci également à tes parents, de m'avoir accueilli un 24 décembre, ta mère cuisine très bien la sole ! Bon courage pour ta nouvelle aventure, tu seras un excellent papa.

Merci Felix V (Valenzuela), pour la personne que tu es : un dégénéré.

Merci Felix G (Felix), pour ces nombreuses excursions au ski, d'avoir gardé Fiono, et d'avoir pris soins du Pierrole en garde.

Merci Jean (Jeannot), pour ce stage à Juillac, ces fous rires et toutes ces publications Facebook. Pour t'être fait passer pour moi plusieurs fois ! Merci également à Marie-Hélène et François de m'avoir accueilli chez vous à plusieurs reprises.

Merci Jb (Yenbat), de faire le pitre à longueur de temps, de me rappeler souvent que je suis très grand en taille, et de me donner les bonnes adresses pour manger un bon kebab ou un bon tacos.

Merci Louis (Loulou), beaucoup de choses en commun, dont notre super amitié avec notre meilleur ami Ben Bakoua, pour toutes ces soirées à Hossegor, pour le plus bel appartement de Limoges, pour tes conseils sur la propreté et les robots aspirateurs.

Merci Mathieu (Porco), pour tes idées de déguisements en Dark Pharaon, d'être toujours là depuis la première année de médecine, pour les « p'tites lumières » du Nitro. Pour toutes les activités sportives qu'on a faites ensemble : la Tournette, le Ski, le Triathlon et certainement pleins d'autres. Merci également à tes parents qui m'ont accueilli et aidé.

Merci Paul (Paulo), mon premier colocataire, pour cette belle rencontre en début de 2eme année, notre amitié est allée très vite, pour les saladiers, cette escapade en Andorre, pour cette crémaillère 15 rue de la Fonderie et ces réunions du syndic.

Merci Pierre (Pierrole), mon deuxième colocataire du 15 rue de la Fonderie, d'avoir été le deuxième papa de Fion, pour tes exploits de skieur, de m'avoir fait comprendre ce qu'était un décubitus prolongé et de m'avoir aidé à remplir ce fichu tableur de comptabilité !

Merci Rémi (Le menuisier), mon plus vieil ami de Médecine, depuis l'époque de Progress'Co avec Mouna. Pour ton style vestimentaire à couper le souffle digne de la fashion Week de Souillac.

Merci Seb (Sebas), mon confrère, spécialiste de la prévention primaire. Pour ces petites games et pour ta démonstration de crawl !

Merci Soufyane (Souf), pour ton humour, pour tous ces articles partagés qui permettent de briller en société particulièrement à Marseille, grâce à toi je sais que Sebbydaddy n'est pas vraiment au RSA.

Et A Charlotte (Bebou), Merci pour tout, merci de m'accompagner au quotidien et de m'encourager dans ce que j'entreprends. Merci au conseil départemental du Loiret de nous avoir réuni ! Merci pour ta gentillesse auprès de ma famille et mes amis ! Je t'aime.

## **Sommaire :**

**I. Introduction .....p.15**

**II. Matériel et Méthode .....p.17**

- A- Choix du type d'étude
- B- Choix de l'échantillon
- C- Recueil et analyse des données
- D- Aspect éthique et réglementaire

**III. Résultats .....p.19**

**1-Existe-t-il une prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique en médecine générale ?**

- A- Une limite floue entre insuffisance cardiaque chronique et décompensation.
- B- Une pathologie complexe qui met en difficulté le médecin généraliste.
- C- Une pathologie sous diagnostiquée par le médecin généraliste.

**2-Monopole du FUROSEMIDE parmi l'arsenal des médicaments disponibles.**

- A- « Jouer avec le FUROSEMIDE ».
- B- Un manque d'habitude dans la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique qui se répercute en consultation.

**3-Une sensation de manque de légitimité qui retarde l'introduction de certains médicaments.**

- A- La DAPAGLIFOZINE et le SACUBITRIL / VALSARTAN : les « interdits » du médecin généraliste.
- B- Un rôle accepté de prévention et d'éducation chez les patients atteints d'une insuffisance cardiaque chronique.
- C- Une sensation de sortir de sa posture ...
- D- ...devant un avis cardiologique souvent difficile à obtenir
- E- Le rôle de la télé expertise pour améliorer la surveillance et diminuer le passage aux urgences.

**4- Une approche thérapeutique différente selon les caractéristiques du patient.**

- A- Un sentiment d'asymétrie de prise en charge.
- B- Une discordance de diagnostic entre cardiologue et médecin généraliste.

**5- Une pathologie sous-estimée.**

- A. Par la société.
- B. Par le patient.

**IV. Discussion .....p.40**

**V. Bibliographie .....p.46**

**VI. Annexes .....p.48**

## **Abréviations :**

- **ACFA** : Arythmie cardiaque et fibrillation atriale
- **AOD** : Anticoagulant oraux direct
- **ARAI** : Antagoniste rénine angiotensine II
- **BB** : Bêtabloquant
- **BNP** : Peptide Natriurétique de type B
- **CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- **DPC** : Développement personnel continu
- **ESC**: European Society of Cardiology
- **ETT** : Échographie transthoracique
- **ET** : Éducation thérapeutique
- **FEVG** : Fraction d'éjection ventriculaire gauche
- **ICA** : Insuffisance cardiaque aiguë
- **ICC** : Insuffisance cardiaque chronique
- **IEC** : Inhibiteur de l'enzyme de conversion
- **IPA** : Infirmière de pratique avancée
- **IRM** : Imagerie par résonance magnétique
- **ISGLT2** : Inhibiteurs du sodium/glucose cotransporteur 2
- **MAPA** : Mesure ambulatoire de pression artérielle
- **MSP** : Maison de santé pluridisciplinaire
- **MSU** : Maître de stage universitaire
- **TSA** : Tronc supra aortique

# I- INTRODUCTION

En France, la prévalence de l'insuffisance cardiaque (IC) est estimée à 2,3% de la population âgée de 18 ans et plus et de 10 % chez les plus de 70 ans (1). Plus d'un million de personnes sont atteintes de cette pathologie et l'incidence annuelle est de 120 000 nouveaux cas en France, d'après les données de Santé Publique France (1). Le nombre de patients insuffisants cardiaques ne cesse d'augmenter du fait du vieillissement de la population ainsi que d'une meilleure prise en charge toujours selon les chiffres de Santé Publique France (1). Selon l'HAS en 2017, l'évolution de l'insuffisance cardiaque est marquée par des phases de décompensation aiguë représentant une cause fréquente d'hospitalisation chez les personnes âgées (2).

Il s'agit d'une pathologie chronique dont la mortalité à un an est de 14% pour les hommes et 11% pour les femmes d'après des chiffres de 2005 (3). Ces chiffres sont proches de la mortalité par cancer (4). L'insuffisance cardiaque chronique serait à l'origine de 165 000 hospitalisations annuelles et 25% des patients insuffisants cardiaques sont réhospitalisés à 3 mois pour le même motif (3). Dans le mois qui suit l'admission aux urgences, 10% des patients décèdent et 30% sont à nouveau hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë (5).

La prévalence des consultations en médecine générale pour le motif « Insuffisance cardiaque chronique » est de 11,9% chez les patients âgés de 60 ans et plus et de 20% chez les plus de 80 ans d'après une étude réalisée en 2005 (3).

L'insuffisance cardiaque globale est ainsi un motif fréquent de consultation au cabinet du médecin généraliste, d'autant plus chez les personnes âgées.

D'après la CPAM, de nombreuses hospitalisations pourraient être évitées par une meilleure application des recommandations de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique et par l'amélioration de l'observance des règles hygiéno-diététiques (6). L'amélioration de la prise en charge passerait ainsi par une meilleure éducation du patient et de son entourage à sa pathologie, ce qui favoriserait son autonomie et son implication, notamment via l'autosurveillance du poids et de l'automesure tensionnelle. Cela permettrait également une meilleure observance du traitement et donc une meilleure gestion de l'optimisation thérapeutique (6).

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite a été redéfinie via les recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) en 2021, avec une ligne thérapeutique précise et l'introduction d'une nouvelle molécule : les inhibiteurs de SGLT2 (7).

Quatre classes thérapeutiques forment dorénavant un socle pour ces patients, l'inhibiteur de l'Enzyme de Conversion, les bêtabloquants, les antagonistes du récepteur des minéralocorticoïdes et les inhibiteurs de SGLT2 (7).

Une optimisation thérapeutique permettrait une diminution à long terme de la mortalité ainsi que du nombre d'hospitalisation, d'après une étude de « l'International Journal of Cardiology » publiée en 2014 (13).

Plusieurs études ont évalué l'adaptation thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique par les médecins généralistes.

- Une étude réalisée par des cardiologues et des gériatres de l'hôpital de Nanterre en 2019 s'est intéressée à l'optimisation thérapeutiques du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique des patients sorties du service de cardiologie suite à une insuffisance cardiaque aigue. Un questionnaire sur la gestion du traitement était remis au médecin généraliste. 82 patients ont été inclus. Ils ont mis en évidence un défaut d'optimisation du traitement (8).

- L'étude « Improvement » identifie comme principale cause un manque de connaissance sur le traitement de l'insuffisance cardiaque et le réseau sentinelle, un manque d'application des règles hygiéno-diététiques et de prévention des comorbidités (9). Étude réalisée par la société Européenne de cardiologie en lien avec des médecins généralistes.
- Deux études de « l'European Heart Failure » parues en 2007 et en 2016 faisaient le même constat avec une thérapeutique appliquée mais à dose non optimale (10) (11). L'intervalle entre ces deux études évoquait un faible progrès dans l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique.
- L'étude française PRINCEPS réalisée par des cardiologues, parue en 2003, s'est intéressée à la prescription par les médecins généralistes du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique en France. Seulement 20% des patients inclus étaient traités par un bêtabloquant alors que les recommandations de cardiologie recommandent que tous les patients soient traités par un bêtabloquant (12).

Ces différentes études ont été menées principalement par des cardiologues. Nous avons souhaité obtenir le point de vue des médecins généralistes.

L'objectif de notre étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

## **II- MATERIEL ET METHODE**

### **A- Choix du type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. Nous voulions nous intéresser aux interactions potentielles entre le médecin généraliste d'une part, le patient, le spécialiste, l'hôpital et la société d'autre part.

### **B- Choix de l'échantillon**

Nous avons inclus des médecins généralistes du département du Loiret et des Pyrénées-Atlantiques. Les critères d'inclusions étaient d'être médecin généraliste, français(e), thésé(e), remplaçant(e) ou installé(e), non étudiant(e).

Nous avons réalisé un échantillonnage théorique homogène en nous efforçant d'obtenir une diversité de profils des participants représentative des variabilités de démographie médicale afin d'obtenir une variabilité maximale. Pour cela, nous avons inclus des médecins généralistes installés en maison de santé pluridisciplinaire, en groupe ou pratiquant seuls, en zone rurale et en zone urbaine, à proximité ou non d'un hôpital ou d'un cardiologue.

Les médecins interrogés lors du premier entretien étaient issus d'un réseau de collègues de proximité. Les recrutements suivants ont été effectués par effet « boule de neige ».

### **C- Recueils et analyse des données**

La réalisation des entretiens a eu lieu sur les lieux d'exercices des différents médecins interrogés pour premièrement, un gain de temps pour les médecins et deuxièmement pour un environnement plus propice à la prise de parole.

Les « focus group » ont permis une émulation des données, avec la participation d'un observateur à chaque entretien, ce qui a permis au modérateur de jouer pleinement son rôle.

Le rôle du modérateur lors des entretiens était de faire respecter un temps de parole équivalent entre chaque participant et d'éviter la monopolisation de la parole.

Pour améliorer la qualité de nos entretiens, nous nous sommes formés via un guide d'aide à la réalisation d'entretiens semi-directifs, confectionné par Marion Lamort-Bouché et Frédéric Zorzi, en collaboration avec le CLGE (14), à l'aide d'un kit comprenant un outil vidéo et des grilles d'auto-évaluation ainsi qu'à l'aide du livre « Initiation à la recherche qualitative en santé », du Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone, écrit sous la direction du Professeur Jean-Pierre LEBEAU (15).

Tous les participants connaissaient l'objectif de la recherche.

Aucune caractéristique n'a été signalée au sujet de l'enquêteur concernant le travail de recherche.

Les entretiens ont été enregistrés avec deux appareils audio « iPhone SE de 2020 », ainsi qu'un dictaphone « Digital Voice Recorder BENJIE 64 GB ».

Les entretiens ont été réalisés avec un modérateur, Philippe Rozier, investigateur principal dont il s'agissait du travail de recherche, et une observatrice, Charlotte Motard, médecin généraliste non thésée, permettant d'identifier la prise de parole de chacun et de retranscrire les réponses non verbales.

Le guide d'entretien n'avait pas été présenté aux participants avant les entretiens ; mais ceux-ci connaissaient le sujet de l'étude. Le guide d'entretien est présenté en annexe 1. Il a été modifié au fil de l'étude en fonction des informations recueillies lors des entretiens précédents.

Chaque participant a été questionné, isolément, pour savoir s'il était atteint d'une pathologie cardiaque et de facteurs de risques cardiovasculaires.

Les données ont été analysées avec un double codage par 2 chercheurs indépendants, afin d'obtenir une triangulation des données.

## **D- Aspect éthique et réglementaire**

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et de manière anonyme. La destruction des fichiers audio était prévue après les retranscriptions. Aucun fichier nominatif n'a été gardé. Tous les participants ont donné leurs accords écrits à la participation de l'étude.

Cette étude explorant le ressenti des médecins à partir d'entretiens ne nécessitait pas d'autorisation du Comité de Protection des Personnes. Un enregistrement à la CNIL n'était pas nécessaire devant un protocole anonymisé étant hors loi Jardé.

### III- Résultats

Nous avons réalisé 4 entretiens collectifs dans le département du Loiret incluant 20 médecins et 2 entretiens individuels dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Soit un total de 22 médecins généralistes interrogés. Le premier entretien a été réalisé en février 2023 et le dernier entretien en août 2023. La durée moyenne des entretiens collectifs était de 53min01s, et la durée moyenne des entretiens individuels de 27min48s.

Nous avons interrogé 16 femmes et 6 hommes. La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 44,1 ans lors des entretiens avec une date de première installation en cabinet de médecine générale allant de 1986 à 2023.

5 médecins exerçaient en zone rurale, 4 en zone semi rurale et 13 en zone urbaine, en se basant sur les définitions de l'INSEE (16). 16 médecins travaillaient dans une MSP, 5 dans des cabinets de groupes et un médecin travaillait seul.

Sur les 22 médecins participants, 14 utilisaient de manière régulière un ECG, 2 rarement et 6 n'en utilisaient pas. Trois médecins ont déclaré avoir un facteur de risque cardio-vasculaire.

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1.

	Age	Sexe	Type d'activité	Zone	Utilisation de l'ECG	Département	Durée de l'entretien	Type d'entretien	Facteurs de risque CV
Médecin N°1	64 ans	F	MSP	Urbaine	Non	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°2	66 ans	M	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°3	40 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°4	57 ans	M	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	1
Médecin N°5	33 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°6	32 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°7	34 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°8	32 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0
Médecin n°9	57 ans	M	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	53min 27s	Focus group	0

Médecin n°10	41 ans	F	Cabinet de groupe	Semi-rurale	Rarement	Loiret	60min 22s	Focus group	0
Médecin n°11	54 ans	F	Cabinet de groupe	Semi-rurale	Non	Loiret	60min 22s	Focus group	0
Médecin n°12	52 ans	M	Cabinet de groupe	Semi-rurale	Non	Loiret	60min 22s	Focus group	0
Médecin n°13	36 ans	M	Cabinet de groupe	Semi-rurale	Rarement	Loiret	60min 22s	Focus group	0
Médecin n°14	32 ans	F	MSP	Rurale	Oui	Loiret	47min 39s	Focus group	0
Médecin n°15	40 ans	F	MSP	Rurale	Oui	Loiret	47min 39s	Focus group	0
Médecin n°16	42 ans	F	MSP	Rurale	Oui	Loiret	47min 39s	Focus group	0
Médecin n°17	51 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	49min59s	Focus group	1
Médecin n°18	39 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	49min59s	Focus group	1
Médecin n°19	38 ans	F	MSP	Urbaine	Oui	Loiret	49min59s	Focus group	0
Médecin n°20	55 ans	F	Seul	Urbaine	Non	Loiret	49min59s	Focus group	0
Médecin n°21	33 ans	F	Cabinet de groupe	Rurale	Non	Pyrénées-Atlantiques	32min54s	Individuel	0
Médecin n°22	43 ans	M	Cabinet de groupe	Rurale	Non	Pyrénées-Atlantiques	22min43s	Individuel	0

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire. CV : Cardio-Vasculaire.

**Tableau n°1 : Caractéristiques des médecins généralistes participants.**

Nous sommes arrivés à une saturation des données au bout de 4 entretiens. A partir de ces entretiens nous avons recueilli 389 propriétés que nous avons classé à l'aide du logiciel MAXQDA 2022 puis nous les avons catégorisé sur un fichier WORD.

5 concepts ont été mis en évidence.

Les participants ont évoqué une difficulté de différenciation entre l'insuffisance cardiaque chronique et l'insuffisance cardiaque aiguë ; ils ont déclaré sous diagnostiquer l'insuffisance cardiaque chronique. La thérapeutique principale était majoritairement le Furosémide. Ils ont évoqué un manque de légitimité à prescrire les médicaments de l'insuffisance cardiaque chronique tel que les inhibiteurs de SGLT2, le Sacubitril / Valsartan et les bêtabloquants. Ils ont déclaré avoir une approche thérapeutique

différente de celle du cardiologue. Enfin les participants estimaient que l'insuffisance cardiaque chronique était une pathologie sous-estimée par le patient et la société.

## **1-Existe-t-il une prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique en médecine générale ?**

### **A- Une limite floue entre insuffisance cardiaque chronique et décompensation.**

La plupart des participants parlaient d'insuffisance cardiaque aiguë lorsqu'on les interrogeait sur l'insuffisance cardiaque chronique : « - *Est ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation chez un patient insuffisant cardiaque chronique ? [...] - Moi j'ai un patient de 88-90 ans. Qui est venu pour une poussée d'insuffisance cardiaque. Il avait des œdèmes des membres inférieurs qui remontaient ... haut ...aux mollets. Il était un peu dyspnéique aux efforts mais aux efforts modérés. »*

Ils considéraient que leurs patients atteints d'une insuffisance cardiaque chronique avaient tendance à se dégrader rapidement : « Puis finalement ça n'a pas tenu jusqu'au rendez-vous et finalement c'est passé aux urgences. Le patient, il est passé aux urgences parce qu'il s'est dégradé. Malgré tout ce que j'avais pu mettre en place ... ce que j'ai pu faire. Enfin ce que j'ai estimé. » (E2)

Selon les participants, les médecins généralistes géraient essentiellement les décompensations cardiaques légères :

« - *Il est sous Lasilix au long cours. Là en ce moment il y a trois comprimés de 40, donc 120 milligrammes par jour.*

- *Et quand il fait ses mini décompensations cardiaques, c'est toi qui gères ?*

- *Les petites oui. » (E5)*

### **B- Une pathologie complexe qui met en difficulté le médecin généraliste.**

Tous considéraient qu'il s'agissait le plus souvent de patients instables, polyopathologiques, avec un syndrome cardio-rénal et rencontraient des difficultés à gérer ce genre de patient, que ce soit au niveau biologique, ou thérapeutique : « *Ok pour vous dire relativement stable, mais c'est un patient qui ... qui n'était pas trop stable l'année dernière du coup. Et finalement on, j'ai été conduit à l'hospitaliser donc du coup ça va, mais lui il faut le surveiller un peu comme le lait sur le feu. » (E2)*

« *Moi le dernier que j'ai vu comme Naïma, c'était un mix insuffisance cardiaque, insuffisance rénale ... À l'époque le patient était en stade pré terminal et depuis ... dialysé depuis quelques ... On devait être en janvier février lors de l'épisode. Il est maintenant dialysé en ... depuis un mois je pense. Ils ont majoré le traitement, mais en fait ils ont surtout déplété avec du Lasilix. C'était un patient plutôt jeune. Aux alentours de 55-60 ans. » (E4)*

Les médecins généralistes trouvaient qu'ils faisaient une mauvaise évaluation de l'état cardiaque de leurs patients : « *Mais même les personnes âgées, moi je pense qu'elles ne se rendent pas compte vraiment du pronostic quand même. Puis même moi, des fois, j'ai l'impression aussi de le banaliser un peu [...] « Oui de dire « ils vont bien. » (E3)*

Ils trouvaient qu'il s'agissait d'une pathologie difficile à évaluer car évoluant à bas bruit : « *Ce n'est pas, ce n'est pas la même, ce n'est pas le même, ce n'est pas la même gestion, c'est plus simple la gestion*

*du traitement, mais c'est plus simple à gérer parce qu'effectivement c'est comme une maladie, enfin comme une maladie aiguë. Tu vois la réponse. Enfin tu vois la réponse de la thérapeutique rapidement avec le chronique pas forcément, ou peut-être plus sur du long terme. Donc ça veut dire qu'après il faut le suivi, mais des fois le patient tu ne le vois pas forcément comme tu voudrais. » (E2)*

Les différents médecins généralistes ne se sentaient pas compétents face à cette pathologie : *« Oui, d'ailleurs on n'est pas formé, on n'est pas compétent parce que ... » (E2)*

*« Moi j'appelle ça faire de la tambouille, on n'est pas bien formé. » (E2)*

*« Ben en fait, ça dépend de comment on est à l'aise. Si... on est bien formé dessus, qu'on connaît bien le médicament, il y a aucun souci. » (E3)*

Certains participants estimaient qu'ils ne pouvaient pas réaliser un bon suivi d'insuffisance cardiaque chronique car ils ne réalisaient pas d'échographie transthoracique (ETT) pour pouvoir adapter la thérapeutique : *« Et puis après, si tu veux avoir le suivi d'insuffisance cardiaque chronique, il faut avoir une écho et on ne fait pas ça nous. » (E3)*

*« Chacun son métier. Moi je pense à chacun son métier, moi le mien. Et le cardiologue, bah c'est un cardiologue. Moi je ne suis pas cardiologue. Donc la partie technique vraiment pur dur de gestion de la fonction cardiaque, moi je ne sais pas l'évaluer. » (E5)*

*« Moi souvent c'est l'échographie cardiaque. Je trouve que c'est important qu'on surveille la FEVG, voir s'il y a eu de l'évolution dans un sens ou dans un autre et puis refaire le point par rapport à leur traitement, hein, C'est vraiment ça quoi. Après c'est vrai que le reste c'est plutôt nous. Oui, c'est ce côté technique échographique, on ne l'a pas, la veine cave et le VG. » (E5)*

Les médecins généralistes se considéraient mal formés sur l'insuffisance cardiaque chronique : *« Oui, d'ailleurs on n'est pas formé, on n'est pas compétent parce que [...] » (E2)*

*« Cela dit. Là, je reviens sur mes deux patients avec l'amylose cardiaque. Ils ont deux cardiologues différents qui ... Moi, quand je les ai eu au téléphone parce que j'avais besoin que moi, qu'on m'explique les choses ... » (E2)*

*« Ben non, mais c'est à dire que ce n'est pas forcément un sujet qu'on nous propose souvent, c'est ça ... » (E3)*

*« Et tu penses que c'est du coup que le médecin généraliste est mal formé pour justement ...*

*-Oui.*

*- Enfin tout simplement découvrir, enfin être, on va dire le premier acteur en première ligne sur les signes en faveur d'une insuffisance cardiaque.*

*- Clairement. » (E5)*

Pour autant, ils se considéraient à l'aise sur d'autres pathologies cardiaques : *« C'est un peu comme pour l'ACFA un peu je dirais. Enfin une découverte bien tolérée. Tu peux mettre bêtabloquant, l'anticoagulant ...*

*- Le temps qu'il revoit son cardio.*

*- Moi en tout cas, je ne me pose pas trop de questions sur l'ACFA.*

*- Comment ça pas trop de questions sur l'ACFA ?*

*- Ben je vais facilement si c'est bien toléré mettre, je ne vais pas l'envoyer aux urgences en disant « je viens de faire un diagnostic d'ACFA, il faut qu'il soit vu. » Non, selon comment c'est toléré ; soit j'adapte les médicaments qu'il a ou sinon c'est bêtabloquant, anticoagulant le temps qu'il voit son cardiologue dans le mois qui suit quoi. » (E3)*

### **C- Une pathologie sous diagnostiquée par le médecin généraliste et par le cardiologue.**

Les participants déclaraient qu'il s'agissait selon eux d'une pathologie négligée : « *Mais je trouve qu'on manque quand même d'informations par rapport aux autres pathologies comme le diabète où on a beaucoup, beaucoup d'informations, l'insuffisance cardiaque elle a été négligée longtemps.* » (E4)  
« *Enfin moi je pense qu'effectivement ça a un coût énorme pour la société et d'un autre côté, c'est un peu le rebut, c'est à dire qu'on se dit c'est vrai, ils sont insuffisants cardiaques, donc on laisse un peu de côté quand même je trouve.* » (E3)

Avec un sentiment d'une mauvaise prise en charge de l'insuffisance cardiaque qui entraînait des coûts importants : « *Maintenant il y a quand même une campagne sur l'insuffisance cardiaque, ou peut être que justement ils veulent peut-être aussi, ils se sont peut-être rendu compte que la prise en charge n'était pas terrible. [...] La prise en charge n'était pas terrible et du coup ça coûtait cher et qu'il y avait beaucoup d'hospitalisations dont un certain nombre qui pourraient être évité, si les médecins étaient bien formés (dit sur ton de l'humour).* » (E2)

Peu de médecins généralistes participants ressentaient l'impact de l'insuffisance cardiaque chronique : « *Mais nous on le ressent moins dans notre patientèle, on n'a pas l'impression que ce soit si courant.* » (E3)  
« *Parce qu'on n'a pas non plus pléthore d'insuffisants cardiaques. En tout cas moi.* » (E4)  
« *C'est à dire sur l'insuffisance cardiaque. Sur les 1500 patients en moyenne, on va dire qu'on a ici, ce n'est quand même pas le plus courant.* » (E3)  
« *On a même du mal à trouver dans notre tête le dernier patient qu'on a vu qui était en insuffisance cardiaque chronique.* » (E3)

Mais ils considéraient qu'il s'agissait probablement d'une pathologie sous diagnostiquée : « *Mais il y a aussi que c'est carrément sous diagnostiqué. Donc en fait on doit en avoir mais on ne sait pas. Et plus dans la population de patients qui ne sont pas suivis : pareil, c'est sous diagnostiqué. Donc et puis en soi, c'est quand même un gros... ça va augmenter en nombre dans les prochaines années, ça on le sait.* » (E3)  
« *[...] après ouais, il y a une grosse partie je pense qui n'est pas bilanté en fait.* » (E5)

Un médecin généraliste ressentait pleinement la problématique de l'insuffisance cardiaque chronique sur sa patientèle : « *Moi j'ai l'impression que j'en ai pas mal quand même. Enfin tu vois, j'en ai. Depuis tout à l'heure j'ai trois-quatre noms qui sont venus comme ça, spontanément quoi.* » (E5)

Et il considérait qu'il y avait également un retard au diagnostic : « *Mais je pense que c'est ça le problème, on les chope trop tard, que quand on les découvre, ils ont 90 balais et qu'ils font des poussées tous les mois quoi. On passe du, voilà, de la personne qui a eu une coronaropathie stentée, qui est parfaitement équilibrée, qu'on laisse comme ça des années trainer qui revoit le cardio et il est censé le revoir mais puis un jour il le revoit plus ou une hypertension artérielle qui s'installe, qui s'installe. Je pense qu'il y a un laps de temps là où il faudrait. Moi je pense que c'est ça en fait. Ok, c'est quand on le récupère trop tard.* » (E5)

Certains participants avaient l'impression que même les cardiologues avaient laissé de côté l'insuffisance cardiaque : « *Ou est-ce que les cardiologues eux-mêmes au niveau formation, est ce que ce n'est pas un sujet qui qui donne, qui ne parle pas trop parce qu'il y a rien, 'il n'y a rien de miraculeux dans ce qu'ils font pour les patients et que c'est moins noble que de dire voilà, « J'ai mis des stents, ça sauve ». Et puis de mettre des stents ça rapporte peut-être plus que de suivre un insuffisant.* » (E2)

Avec un manque d'encadrement et de reproductibilité d'un cabinet de cardiologie à un autre : « Par contre moi c'est vrai qu'il n'y a pas de suivi aussi cadré. Moi ce je trouverai bien ; qu'il y ait justement une structuration, un peu les protocoles de surveillance, de traitement etc. » (E5)

« Euh en fait le suivi est pas du tout homogène, c'est surtout ça le truc par rapport à d'autres pathologies ou c'est un peu tout le temps pareil. Tu vois ce que je veux dire ? Par exemple, je ne sais pas moi je vais dire n'importe quoi en rhumato, tu vois, quel que soit le rhumato dans le coin ici on va dire une polyarthrite. Ils ont à peu près tous la même chose leur traitement, [...] Tu vois, ça reste reproductible d'un cabinet de rhumato à l'autre à peu près. En cardio, j'ai des situations complètement différentes. J'ai des cardio qui vont revoir tous les six mois, qui prévoient des rendez-vous d'emblée. Il y en a d'autres où ils les laissent rentrer, il n'y a pas de rendez-vous de suivi. Enfin en fait c'est pas du tout, moi je trouve que c'est beaucoup moins structuré. » (E5)

Les médecins généralistes considéraient qu'il s'agissait d'une pathologie peu transparente pour le patient et un peu pour eux également : « Ce n'est pas super palpable ni chiffrable » [...] On n'en parle pas Peut être que les gens vont se poser la question si j'ai une maladie, un cancer, une chose comme ça. Alors qu'une insuffisance cardiaque... » (E2)

Et moins parlante que d'autres pathologies chroniques : « Je pense que c'est plus dans ... le diabète fait plus peur aux patients que l'insuffisance cardiaque. En gros, pour eux ils ont des données : être diabétique, ils voient l'insuline être dépressif, ils voient le suicide et pour la cardio, c'est faire un infarct. Le reste c'est de l'hypertension. Le machin c'est limite comme mon père, comme ma mère. » (E6)

Les participants avaient conscience qu'il s'agissait d'une pathologie avec un mauvais pronostic : « Il en est au moins à sa trois-quatrième poussées d'insuffisances cardiaques, ce qui est quand même de mauvais pronostic. » (E4)

« Ben si, tu sais quand même qu'ils ont plus dix ans devant eux quand ils sont insuffisants cardiaques hein [...] Ben ... ça dépend de la FEVG [...] Oui, mais ça dépend du stade d'insuffisance cardiaque où on les découvre. » (E2)

## **2-Monopole du FUROSEMIDE parmi l'arsenal des médicaments disponibles.**

### **A- « Jouer avec le FURODEMIDE »**

Les participants trouvaient que le Furosémide était facile d'utilisation : « L'avantage du diurétique, c'est que tu peux quand même suivre la posologie, tu peux l'adapter, tu peux attaquer fort et tu peux diminuer plus rapidement alors qu'avec d'autres molécules tu as moins cette possibilité-là [...] Je trouve que le Lasilix c'est plus facile à manier, surtout en situation aiguë. » (E2)

Avec une réponse au Furosémide plus rapide par rapport aux autres traitements : « Ce n'est pas la même gestion, c'est plus simple la gestion du traitement, mais c'est plus simple à gérer parce qu'effectivement c'est comme une maladie, enfin comme une maladie aiguë. Tu vois la réponse. Enfin tu vois la réponse de la thérapeutique rapidement ; avec le chronique pas forcément, ou peut-être plus sur du long terme. Donc ça veut dire qu'après il faut le suivi, mais des fois le patient tu ne le vois pas forcément comme tu voudrais. » (E2)

Les différents médecins généralistes interrogés, se sentaient à l'aise avec son utilisation : « Moi les miens, ils sont plutôt stables ce sont des augmentations de Lasilix ponctuelles. » (E3)

« Mais dans l'ensemble, moi je joue facilement avec le Lasilix. » (E3)

« Et vis à vis des modifications de posologie, comme tu disais Na..., qu'est-ce que tu augmentes ? Modifie ? [...] Souvent c'est le Lasilix. (Tous ensemble). » (E4)

Les participants déclaraient être à l'aise avec le FUROSEMIDE mais pas avec le traitement de fond : « C'est quand même les cardio qui gèrent ça quand il y a arrêt. Enfin nous franchement on joue avec le Lasilix, mais enfin moi perso c'est à peu près tout. [...] Enfin bon, du coup voilà, on est un peu dans des trucs où on navigue, mais vraiment, les réévaluations de traitement de fond, c'est les cardio. » (E3)

« Parce que le Lasilix c'est quand même le traitement d'un peu de l'aigu. Donc on connaît le traitement de la décompensation. » (E3)

« De base il va avoir l'Aldactone, une statine, il va avoir un bêtabloquant. Et puis surtout s'il est insuffisant du Forxiga ou du Xigduo, un inhibiteur de SGLT2. Et après nous on va jouer avec s'il est au maximum. De toute façon on va jouer avec le Furosémide. » (E4)

« Moi je pense que je suis beaucoup plus à l'aise à modifier le Lasilix en poussée que le traitement fond qui se déstabilise légèrement. » (E4)

La plupart des médecins interrogés considéraient que le FUROSEMIDE avait sa place dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique : « -Et le Lasilix du coup dans tout ça ? C'est l'insuffisance cardiaque chronique ? -Euh ouais peut être un peu les deux. Ils en ont dans le chronique et on va l'adapter dans l'aigu quoi ! » (E3)

Avec une bonne expérience dans le traitement de la décompensation : « Le Lasilix, on l'utilise depuis très longtemps, on sait ce qu'il faut surveiller. » (E2)

« -Ça fait longtemps que tu utilises le Lasilix, du coup ? [...] -J'ai l'impression que j'ai toujours connu ça. » (E6)

## **B- Un manque d'aisance dans les nouvelles thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque chronique qui se répercute en consultation.**

Tout d'abord, les participants déclaraient trouver lourd le traitement de fond : « -Il a que de l'Entresto et du Forxiga ? -Non non il a plein d'autre chose, la liste est longue. [...] il a plein de trucs, il a vraiment un traitement qu'il tolère bien heureusement parce qu'il a un traitement de cheval. » (E1)

Les participants déclaraient qu'il y avait une évolution dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique qui rendait difficile l'adaptation aux nouvelles thérapeutiques : « Et puis les recommandations, elles évoluent, les traitements, ils évoluent. Donc c'est vrai qu'on est moins à la pointe à jour que les cardiologues sur les nouvelles molécules, l'utilisation, les contre-indications, etc...Donc nous, du coup, on a alors un peu un temps où forcément on est moins à l'aise là-dessus. » (E3)

« Il y a sûrement du nouveau parce que c'est une pathologie chronique. » (E4)

Avec un manque d'initiative à prescrire des molécules dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique par manque d'habitude : « Moi je pourrais le mettre. C'est vrai que je n'y pense pas souvent chez les insuffisants cardiaques, plus pour les diabétiques, mais c'est pareil si on initie chez les diabétiques, pourquoi pas chez les insuffisants cardiaques..., ... Mais on peut le faire, c'est juste qu'on n'a pas encore pris l'habitude je pense. Ça va rentrer dans les mœurs oui. » (E4)

Un manque d'habitude avec les nouvelles molécules comparées au FUROSEMIDE : « Ce n'est pas plus compliqué, c'est que c'est plus récent et qu'on n'a pas forcément le réflexe en fait. » (E2)

« Ouais, mais ça on le voit émerger vraiment. Beaucoup de Forxiga de la part des cardio. » (E2)

« Moi je n'ai pas encore beaucoup de patients avec et je n'ai pas d'avis là. » (E3)  
« C'est quand même peu commun. Parce que là, les nouvelles molécules, je te dis, moi j'ai peut-être vu passer une fois sur une ordo je sais plus quand. Sinon moi je n'en ai pas. » (E3)  
« -Ça commence. Ce n'est pas encore... c'est depuis 6 mois 1 an, ce n'est pas non plus ... [...] -On en voit de plus en plus quand même. » (E3)  
« Je n'ai pas encore beaucoup de recul. » (E4)  
« Enfin, je ne connais pas. Je ne suis pas assez penchée sur le médicament pour aller le mettre de mon propre chef sur le ... Je l'ai mis sur le diabète mais de là à le mettre sur l'insuffisance cardiaque. » (E3)

Avec une bonne tolérance : « Surtout qu'il n'y a pas de risques majeurs à part la surveillance de la fonction rénale. Il est bien toléré, il n'y a pas de risque d'hypo. Je pense qu'on aura de plus en plus l'opportunité de le faire. » (E4)

Puis les participants au fil de la discussion entrevoyaient l'utilisation de ces molécules : « On sent que ça commence ... Ça devrait faire partie de l'arsenal qu'on devrait mettre dès le départ. » (E4)  
« En fait on peut mettre, tu en as parlé enfin des patients que j'ai mis sous Forxiga à la place d'Entresto, ceux où j'ai réintroduit l'Aldactone voilà donc finalement euh sans, sans, en attendant l'avis du cardio. » (E1)

Certains des médecins généralistes interrogés considéraient qu'ils apprenaient les nouvelles thérapeutiques par le biais des prescriptions des cardiologues et des néphrologues : « Oui, je pense que de façon générale, l'apprentissage de la prise en charge se fait de façon un peu plus sur entre guillemets, l'expérience, mais des patients et aussi des spés. Voilà Forxiga toutes ces nouvelles thérapeutiques qui ont été introduits se fait aussi par le fait le biais de la prise en charge des spécialistes et l'introduction. Aujourd'hui, on voit que les néphrologues et il nous rappelle les recos de façon générale, c'est un peu comme ça qu'on apprend quoi. » (E6)

Le sacubitril / valsartan une molécule que les médecins généralistes sont très réticents à prescrire et considèrent que son introduction revient au cardiologue : « -Ouais mais faut que tu ais une surveillance de la tension quand même. Sinon moi je ne jouerai pas [...] – Mais moi je ne l'ai jamais fait parce que je trouve que ... » (E2)  
« Euh moi, je ne sais pas, je ne sais pas l'initier. » (E4)  
« -Mais ça souvent l'Entresto c'est quand même mis en place par le cardio et à l'hosto [...] -Je n'ai jamais mis d'Entresto tout seul. » (E1)  
« Si on peut majorer certains des traitements en dehors de l'Entresto, moi je n'en ai pas beaucoup l'habitude de l'Entresto. » (E4)  
« -Alors Entresto pas du tout. De toute façon j'estime qu'il faut une évaluation cardio échographique et autre. » (E6)

Pour autant les différents médecins généralistes semblaient ne pas avoir de problème à modifier les autres molécules du traitement de l'insuffisance cardiaque : « modifier une posologie de bêtabloquants. -Oui oui, ça oui quand même. (TOUS ENSEMBLE) [...] -IEC, ARA II -Oui, Oui ... (tous ensemble) » (E3)  
« Ça dépend, ouais ça dépend, après ça dépend si la tension elle est déséquilibrée oui t'augmente l'IEC ... » (E1)  
« Alors ça dépend du traitement. IEC oui sans problème. Modifier un bêta bloquant aussi. » (E5)  
« Après on peut quand même... Pas l'Entresto. Tu peux mettre un bêtabloquant un IEC, du Lasilix. » (E3)  
« Après, IEC, bêta bloquants. Oui, des fois ils sortent, ils ont... c'est un peu costaud comme traitement baisser le bêta bloquant parce qu'ils se retrouvent. » (E3)

Mais certains participants déclaraient être réticent à modifier le bêtabloquant : « -Ce qu'on disait c'est que nous les bêtabloquants, enfin moi les bêtabloquants je n'aime pas trop y toucher [...] -oui moi non plus. » (E3)

Un médecin déclarait avoir déjà prescrit de l'Entresto : « Introduire de l'E j'en ai fait un peu ; le modifier sans problème. » (E5)

Mais le même médecin préférait attendre le cardiologue pour la prescription d'un ISGLT2 : « Le Forxiga ... Moi j'aime bien quand même qu'il y a une consult cardio avec une ETT quoi [...] Mais chez l'insuffisant cardiaque seul comme lui qui n'est pas diabétique et pas insuffisant rénal... J'aime bien ...J'attends que le cardio le fasse. » (E5)

### **3- Une sensation de manque de légitimité qui retarde l'introduction de certains médicaments.**

#### **A- La DAPAGLIFOZINE et le SACUBITRIL / VALSARTAN : les « interdits » du médecin généraliste.**

Tout d'abord les participants avaient du mal à trouver leur place dans cette pathologie :  
« Alors après, y a certainement peut être des choses qui sont peut-être plus du domaine du cardiologue plus que du médecin généraliste. Oui, je pense qu'on a plus tendance à laisser ... » (E2)  
« Peut-être qu'avant, c'était leur chasse gardée, qu'ils estimaient que le médecin généraliste avait peut-être pas trop son rôle dans ce ..., je n'en sais rien. Et puis peut être que là, comme toute façon, il y a moins de cardiologues. » (E2)

Leur rôle semble mal défini avec un impact sur la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique, dû à un sentiment de manque de légitimité : « C'est souvent introduit par les spés, corrigé par les spés. » (E3)  
« Oui c'est souvent les cardios. » (E3)  
« C'est quand même les cardio qui gèrent ça quand il y a arrêt. Enfin nous franchement on joue avec le Lasilix, mais enfin moi perso c'est à peu près tout. En dehors si y a une hypertension, un truc ou quoi ? On peut adapter le traitement d'hypertenseur, ou plutôt même plutôt le diminuer, parce que sur les personnes âgées ..., ... Enfin bon, du coup voilà, on est un peu dans des trucs où on navigue, mais vraiment, les réévaluations de traitement de fond, c'est les cardio. » (E3)

Certains médecins considèrent que certaines molécules restent réservées aux cardiologues : « Mais il y en a. Ça doit même être de la primo prescription. » (E2)  
« Déjà l'Entresto, je crois que c'est de la primo prescription cardio. Ce que je conçois, on n'a pas tous les éléments. Nous, on n'a pas comme tu dis, on n'a pas l'échographe. C'est vrai que ça joue beaucoup et puis euh... » (E2)  
« Et justement, pour en revenir, bah du coup tu as parlé du traitement si vous avez déjà introduit de l'Entresto par vous-même ? -On n'a pas le droit. » (E3)  
« -Et l'Entresto ? Euh moi, je ne sais pas, je ne sais pas l'initier ; - On ne l'initie pas d'ailleurs c'est que les spécialistes. » (E2)

Ce manque de légitimité se ressentait également sur les modifications du traitement de base des patients insuffisants cardiaques chronique : « Mais du coup voilà en lui faisant préciser qu'à chaque fois on était en insuffisance rénale aiguë avec l'Entresto est-ce qu'on ne pouvait pas essayer le Forxiga et

*plutôt que de commencer le Forxiga moi-même je voulais quand même avoir son avis de cardiologue pour m'autoriser à le faire. » (E1)*

*« -Mais si tu peux, tu peux le faire. Mais moi je ne l'ai jamais fait parce que je trouve que ... » (E2)*

*« Des fois les cardios ils n'aiment pas trop qu'on interfère aussi. » (E3)*

*« Ben que je ne donne pas l'impression d'interférer et de ... Mais tu suggères l'idée, ça lui plaît. » (E3)*

*« [...] Est-ce que vous les modifiez sans l'avis du cardiologue ? Bien sûr augmenter/diminuer [...] Oui augmenter ou descendre, mais pas arrêter ou introduire. » (E3)*

*« Moi pareil, ça m'est arrivé juste de majorer la dose une fois parce que le patient avait une petite dose qu'il était encore en poussée. Et puis à l'époque où je lui avais mis ça parce qu'il avait fait une petite poussée d'insuffisance rénale qui s'est améliorée après, donc pareil, j'ai rappelé le cardio, il m'a dit pas de problème et on a majoré la dose. Mais je n'ai jamais initié d'Entresto toute seule. » (E4)*

*« Appart les diurétiques quand ils sont vraiment en grosse poussée, je modifie rarement les autres médicaments. » (E4)*

*« Ça arrive souvent moi quand ils ne sont pas en urgence. Je préfère attendre mon confrère parce que quand ils ont déjà un traitement maximal, et qu'ils ne sont pas en poussée grave, on attend l'avis du cardio. Souvent ils sont suivis déjà par quelqu'un donc ça aide. » (E3)*

Pourtant les médecins généralistes participants avaient une bonne connaissance du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique : *« Je regarde où ils en sont dans leur consult avec le spécialiste et puis les surveillances bio, c'est plutôt les ioni, les fonctions rénales et puis de s'interroger sur le traitement de fond, euh, est-ce qu'on a bien les 4 classes, est-ce qu'on peut bien les introduire euh voilà la tolérance, l'observance, est-ce qu'on doit réajuster les dosages, moi c'est un peu ces questions-là que je pose. » (E1)*

*« Ça doit être de mettre de l'Entresto, ce sont les IEC, c'était 4 classes, .... Préservé mais ça ne sert à rien euh, et après normalement l'Entresto c'est la 2<sup>ème</sup> intention. » (E2)*

*« C'est ce qu'on a dit. IEC, BB, Forxiga / Spirolonactone / Aldactone. » (E3)*

Les médecins généralistes interrogés introduisaient des molécules sans avis spécialisé sur d'autres indications que l'insuffisance cardiaque chronique mais ne le réalisaient pas justement sur cette dernière par manque d'habitude et d'aisance sur l'insuffisance cardiaque chronique : *« Et vis à vis des inhibiteurs de SGLT2. Du coup, Na... t'en a déjà prescrit, Ma... également.*

*-Moi aussi mais pas chez l'insuffisance cardiaque c'est plus pour le diabète que j'ai initié ça.*

*-Moi aussi initiation. Plus pour le diabète et par contre en renouvellement ...*

*- Ouais ouais c'est ça, initié pour le diabète aussi, je n'en ai pas initié pour l'insuffisance cardiaque parce que souvent en fait, quand ils font leur première poussée d'insuffisance cardiaque euh ...*

*- Moi je pourrais le mettre. C'est vrai que je n'y pense pas souvent chez les insuffisants cardiaques, plus pour les diabétiques, mais c'est pareil si on initie chez les diabétiques, pourquoi pas chez les insuffisants cardiaques, mais en surveillant toujours la fonction rénale un mois après et en leur expliquant le risque infectieux, surtout urinaire et périnéal et une bonne hygiène. Mais on peut le faire, c'est juste qu'on n'a pas encore pris l'habitude je pense. Ça va rentrer dans les mœurs oui. » (E4)*

*« Enfin, je ne connais pas. Je ne suis pas assez penchée sur le médicament pour aller le mettre de mon propre chef sur le ... Je l'ai mis sur le diabète mais de là à le mettre sur l'insuffisance cardiaque ... » (E2)*

*« Du coup, il n'y a pas eu d'introduction de votre part sur une insuffisance cardiaque pour l'instant ?*

*-Non (tous ensemble).*

*-Vis à vis de quoi ? Et enfin, pourquoi ne pas l'avoir ...*

*-On te l'a dit, les insuffisants cardiaques ils ont déjà leur suivi, ils ont déjà leur truc, on a même du mal à trouver dans notre tête le dernier patient qu'on a vu qui était en insuffisance cardiaque chronique. » (E3)*

Ce manque de légitimité se retrouvait également dans la prescription d'examen complémentaires du diagnostic de l'insuffisance cardiaque chronique : *« Après, est ce que les prescriptions d'IRMs cardiaques sont acceptées par les cardios, radiologues, quand c'est un généraliste ? -J'ai tendance à*

*dire que ce n'est pas à nous de le prescrire comme les coroscanners, mais ils acceptent quand même de les faire. »*

*« Et puis après, si tu veux avoir le suivi de l'insuffisance cardiaque chronique, il faut avoir un écho et on ne fait pas ça nous. »*

*« Donc avec l'IRM, Mais voilà. Alors pour le coup, ça m'amène à me poser la question de la place de l'IRM cardiaque là-dedans. Donc. Mais après, est ce que c'est à nous de nous poser la question ou est-ce que c'est au cardiologue ? » (E2)*

## **B- Un rôle accepté de prévention et d'éducation chez les patients insuffisants cardiaques chroniques.**

Les participants disaient rester en « première ligne » : *« En fait, c'est aussi parfois le généraliste qui est le plus proche du lieu de vie que le cardiologue, ça nécessite moins de déplacement. Et du coup, le généraliste peut effectuer un premier tri vers le cardio et n'avoir à appeler que le cardio que ben « voilà il y a ça, ça, ça. Est ce qu'on bouge le traitement ? » (E4)*

*« Prévention ... On va faire un petit coup sur les règles hygiéno-diététiques chez moi, les vaccinations sur les facteurs de risques cardiovasculaires, [...] vaccination. [...] Et puis après, ben chaque fois que tu revoies le patient, ben tu es là. Symptômes cliniques ? Si voilà, s'il ne prend pas du poids [...] suivi de l'insuffisance rénale... Et puis sonnette d'alarme sur l'aigu. [...] Hum. Et souvent le patient il vient voir le médecin généraliste. Quand ça ne va pas, il va, il ne va pas voir le cardiologue, à part si ça coïncide avec. [...] Ouais voilà l'accès au cardiologue il ne peut pas ...Et puis ben parfois on avance le rendez-vous du cardiologue aussi, si on estime que ... » (E2)*

Une complémentarité se profilait dans la prise en charge : *« Chacun son métier. Moi je pense à chacun son métier, moi le mien. Et le cardiologue, bah c'est un cardiologue [...] Je pense qu'on est complémentaires, on est complémentaires. » (E4)*

*« On ne les remplace pas, ils nous remplacent pas, mais on a besoin l'un de l'autre. » (E4)*

Une prise en charge organique par le cardiologue et le reste pour le médecin généraliste : *« Mais je pense que l'accompagnement qui va découler des mesures et des règles hygiéno-diététiques, ce n'est pas le cardiologue qui va le faire, c'est nous. Et pour ça, du coup, c'est une consultation. C'est pour ça que la consultation annuelle pour moi d'un patient insuffisant cardiaque quel que soit l'âge... ; après on adapte ce qu'on peut faire à l'un ou à l'autre une fois par an ; elle est longue parce qu'on va reprendre chacun des items. [...] C'est plutôt tout ce qui est à côté dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque où là c'est plus le médecin généraliste qui va se poser plutôt que le cardiologue. » (E4)*

*« Il y a aussi les règles hygiéno-diététiques. C'est un peu notre truc la prévention. » (E3)*

Une prise en charge pluridisciplinaire que n'a pas forcément le cardiologue : *« Il y a des cardiopédiatres, mais je pense que cardio gériatrie, c'est l'avenir, (rire) [...] Ah oui oui, ça existe déjà. Mais est-ce que quelqu'un connaît un cardiologue qui est formé en gériatrie ? » (E2)*

*« Je pense qu'il y a quand même une différence. Je pense qu'il y a quand même une différence qui est liée au fait que toi, en tant que médecin généraliste, tu vas avoir un regard pluridisciplinaire que n'a pas le cardiologue. Le cardiologue, il va s'occuper, il va donner, il va dire « j'ai besoin que la diététicienne..., j'ai besoin qu'il soit rééduqué à l'effort » point. » (E4)*

### **C- Une sensation de sortir de ses compétences...**

Les médecins généralistes participants considéraient outrepasser de plus en plus leur rôle : « *J'ai tendance à dire que ce n'est pas à nous de le prescrire.* » (E2)

« *Il n'y a pas très longtemps, il n'y a pas très longtemps, on discutait avec un petit groupe de travail sur WhatsApp avec des jeunes médecins généralistes qui sont installés et qui disent ce que vous dites ; des spécialistes tout court. Aujourd'hui, il y a un gros déficit dans le secteur 2 dans le Loiret. Oui, et donc au fait, on est obligé de faire beaucoup de choses à leur place ... [...] J'ai le sentiment d'avancer ... et d'aller encore plus loin [...] Mais j'ai l'impression que des fois je fais un peu le travail du cardiologue. On va plus loin que ce qu'on devrait faire.* » (E4)

### **D- ... devant un avis cardiologique souvent difficile à obtenir.**

Certains dérogeaient un peu à la règle car ils travaillaient au sein d'une MSP avec des spécialistes sur place : « *Alors comment te dire ... On en a trois sous la main. [...] C'est ça, on a les cardiologues à côté. Donc en général, les semi-urgences, comme ça, au bout de deux ou trois semaines, ils sont vus quand même [...] Oui oui, en général on les appelle, on majore mais ils les revoient pour un contrôle échographique, ça c'est très utile.* » (E4)

Selon les participants, le fait de connaître personnellement un cardiologue facilitait nettement la prise en charge : « *Si on a des bons amis, ça va.* » (E2)

« *Mais c'est vrai qu'être dans une maison de santé avec trois spécialistes et trois spécialistes sur des spécialités majeures actuellement c'est un vrai confort, une chance, un confort.* » (E4)

Les participants estimaient qu'avoir la possibilité d'un avis cardiologique rapide permettait de les rassurer et d'éviter d'adresser leurs patients aux urgences : « *Ils répondent rapidement Mais qu'est ce qui va se passer au bout de six mois, un an disons, quand tout le monde le saura [...] Il y a vraiment une volonté. Mais coordination ville hôpital, enfin, moi je trouve que ça fait du bien. Oui, c'est rassurant quoi.* » (E2)

« *J'aurais déjà demandé l'avis au cardio et c'est lui qui décide si après qu'il ait fait ces examens il en met ou pas.* » (E3)

« *En fait, je pense que clairement, moi je manque de confiance en moi. Et du coup, je pense que si je dois pour la première fois initier ce traitement-là, je pense que j'appellerai le cardio au minimum.* »

« *C'est vrai, mais on essaie de limiter grâce à ça, grâce aux rendez-vous proches on va dire. Il y a quand même une bonne partie qui évite l'hosto.* » (E4)

Certains participants déclaraient que c'était une chance mais qui pouvait se transformer en un inconvénient : « *Enfin, c'est une chance ça. Il faut le reconnaître. Mais c'est vrai que ça nous rend. Enfin, moi ... je vais parler pour moi, ça me rend un peu feignante. C'est parce qu'il y a des trucs sur lesquels je réfléchis plus et je demande au cardio de réfléchir parce qu'il va aller plus vite que moi.* »

Les autres médecins étaient déçus du manque de coopération avec les cardiologues et du manque de conseils : « *Ce que je reproche aux cardios c'est un manque d'investissement vis-à-vis du patient ou un manque de communication [...] si ça ne se passe pas bien, on pourrait peut-être faire ça ou ça, enfin voilà y'a pas vraiment de, euh, je dirais de coopération entre le cardiologue et nous quoi* » (E1)

« *Plus tard il réintroduit l'Entresto qui reprovoque une insuffisance rénale aiguë, euh donc euh là j'essaie de le joindre par fax, euh, enfin voilà c'était compliqué, donc c'est vrai que peut-être maintenant avec les mails directs qu'on va pouvoir envoyer on aura peut-être une réponse plus facile* » (E1)

« *[...] M'empêche finalement d'y toucher parce que même des fois quand j'avais essayé de toucher bah 6 mois plus tard le cardiologue avait remis, donc bon j'ai dit voilà, dans ces cas-là ça me freine un peu,*

*après oui ceux, moi pareil je modifie les dosages aussi des traitements instaurés, parfois des fois j'écris un petit mot, j'ai déjà écrit au cardiologue par exemple « quid de l'Entresto », enfin c'était pour autre chose machin, bon bah il a pas mis, bon bah j'ai dit bah s'il le met pas ... pourtant voilà, j'ai posé la question. » (E1)*

*« -Les conseils, en fait, tu veux dire est ce qu'on a des conseils ? [...] -Non moi je dis non [...] -Plutôt pas. [...] -Ils gèrent l'aigu et il les remet à nous ! [...] - Oui, c'est ça. « Et vous, vous irez voir avec le médecin traitant ! ». » (E4)*

La plupart des médecins interrogés considéraient qu'il n'existait pas de « semi-urgence » par manque de communication avec le cardiologue : *« Ben moi je les vois. S'ils sont critiques, ils vont à l'hôpital ou à Oréliance et s'ils ne sont pas critiques, je les revois de nouveau à distance. Et s'il s'est aggravé, ce sera de nouveau les urgences. Je ne peux pas avoir d'avis, Je peux contacter personne, je n'aurais personne pour me répondre. Donc c'est... je fais le maximum en les revoyant. » (E4)*

*« Soit c'est urgent urgent il te fera passer par les urgences, soit c'est modéré (coup de fils à un ami !) le rdv en délai moyen n'existe pas, n'existe plus, bah pour moi n'existe pas, n'a jamais existé, avant quand même y'avait quand même certains cardios, alors maintenant ils nous donnent un avis téléphonique et avant ils te disaient fait ça et je le vois dans 3 semaines, maintenant ça n'existe plus, tu fais ça et puis si ça ne va pas il va aux urgences voilà. » (E1)*

Certains avait un sentiment d'être « sous fifre, secrétaire » dû aux difficultés rencontrées pour joindre le cardiologue : *« Je crois que j'ai abdiqué. Je l'ai fait et quand on reste dix minutes, un quart d'heure au téléphone, ce n'est pas possible. Donc je le fais plus. Je préfère revoir le patient moi même plutôt que demander quelque chose, où je vais lui écrire. Il va dire « bah oui oui, ben envoyez le moi. Bah non, je n'ai pas de place. Attendez, je vous passe la secrétaire » J'ai l'impression d'être une ... Enfin d'être une secrétaire ou une mendiante de toute façon. » (E4)*

*« Parfois, on a l'impression que le médecin généraliste c'est... c'est le sous fifre. Un peu comme on ferait le mendiant du cardio quand on veut un rendez-vous. On est. On n'est parfois pas bien considéré par les spécialistes. » (E4)*

Certains médecins généralistes considéraient qu'ils avaient plus de collaboration avec le néphrologue qu'avec le cardiologue : *« Avec des adaptations vues qu'il a fait plusieurs poussées d'insuffisance cardiaque où j'ai dû majorer le traitement et avec avis aussi du néphrologue. Sur où je pouvais aller, quel degré de surveillance par rapport aux reins. Après le cardiologue au final souvent était juste là pour réévaluer potentiellement, mais sans forcément avoir eu un impact sur la thérapeutique. » (E6)*

Et considéraient que la cardiologie était une spécialité moins accessible : *« Parce que je pense qu'après peut être que ce sont des spés qui sont un peu moins accessibles aussi pour nous médecin généraliste. » (E5)*

## **E- Le rôle de la télé-expertise pour améliorer la surveillance et diminuer le passage aux urgences.**

Une des solutions pourrait être la télé expertise selon certains médecins interrogés : *« Ce qui pourrait être un levier pour ça, c'est la télé expertise. Ça pourrait être un sacré levier. D'abord parce que c'est très facile d'utilisation en décrivant bien le patient, en mettant tout. [...] Pourrait être justement une utilité. Mais l'hôpital actuellement est aussi en train de se mettre dans le mouv pour permettre d'avoir un accès de téléexpertise. Mais il faut réfléchir à quelle typologie de patient, quelle fiche remplir pour avoir les informations utiles pour optimiser la prise en charge des malades et limiter l'accès aux urgences et surcharger des consultations d'un certain nombre de patients qui n'ont rien à y faire. » (E4)*

Pour faciliter l'avis cardiologique pour les médecins n'ayant pas de cardiologue sur place : « *D'accord Ça serait utile pour notre consœur.* » (E4)

La plupart des médecins généralistes avait très peu de retour sur le système de suivi PRADO que ça soit dans le Loiret ou dans les Pyrénées-Atlantiques : « *Encore faut-il qu'ils aient l'habitude parce que nous le dernier qui est sorti avec le Prado à domicile, c'est sa femme qui nous a dit qu'il avait pris 3kg en 2 jours.* » (E1)

« *On savait qu'il y avait le Prado qui existait, mais on ne savait pas du tout. Moi, jamais je n'avais été contacté par le Prado, jamais je n'avais eu de patient qui avait été... Donc on ne savait pas si c'était un mythe ou si ça existait vraiment.* » (E3)

« *Alors le système, il y a le système Prado là je ne sais pas si vous Orléans ça, mais ici on n'en voit pas. [...] Moi je n'en ai aucun. Enfin ou alors je ne suis pas au courant mais je pense que je serais au courant.* » (E5)

D'où une « critique » de la plupart des participants sur le relai - communication entre l'hôpital et le médecin généraliste à la sortie des patients : « *- Non, Ils disent de refaire le point avec le cardiologue traitant. [...] Oui, là-dessus c'est moyen. Moi je trouve.* » (E5)

Avec l'émergence d'une nouvelle société numérique de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque : « *Ouais, j'ai un patient juste qui a une amylose cardiaque et lui il est suivi par, il y a un truc de télésurveillance là, je ne sais plus le nom exactement mais ce n'est pas le Prado mais lui il est passé à l'unité Aguilera de cardiologie dans le cadre de son amylose et lui par contre il a une infirmière qui l'appelle, je crois que c'est une fois par semaine [...] J'ai reçu un courrier d'ailleurs SATELIA le programme SATELIA de télé-suivi de l'insuffisance cardiaque. [...] « voilà le patient bénéficie de ça maintenant à la demande du cardiologue. » (E5)*

## **4- Une approche thérapeutique différente selon les caractéristiques du patient**

### **A- Un sentiment d'asymétrie de prise en charge.**

Un thème récurrent de tous les entretiens était la prise en charge des personnes âgées insuffisantes cardiaques chroniques par le cardiologue. Beaucoup des médecins interrogés considéraient que la posture du cardiologue était différente selon l'âge du patient : « *Après c'est très hétérogène dans les prises en charge en fonction de l'âge, des cardiologues aussi.* » (E2)

« *Ils ne font pas les mêmes types d'examens. Il n'y a pas le même type de suivi, plus espacé je dirais sur les plus de 80 ans.* » (E3)

Les participants considéraient qu'il y avait un âge « limite » pour une prise en charge par le cardiologue : « *On sait très bien que quand plus de 80 ans en cardio ils commencent à freiner. [...] Moi je trouve que depuis le covid c'est encore plus un facteur limitant dans tout [...] Tu es un peu obligé de te battre.* » (E3)

« *Moi j'en ai une qui a 94 ans 95 ... et c'est le cardio même qui a dit qu'il voulait plus la voir puisque de façon il ne pouvait rien faire [...] Au bout d'un certain âge, le problème c'est quel âge ? [...] Bon bah c'est bon, c'est le médecin généraliste qui va se débrouiller.* » (E2)

Les médecins interrogés avaient l'impression que les cardiologues estimaient qu'après 80 ans il s'agissait de gériatrie : « *Alors le problème des cardiologues, c'est que plus de 80 85 ans, sans parler même des antécédents ni de rien du tout, que tu appelles pour une suspicion de poussée d'insuffisance*

*cardiaque. Ils n'y vont pas quoi ! [...] J'ai appelé le cardio de garde et le cardio m'a dit « non non. A 80 ans on ne prend plus. Enfin c'est gériatrie. » » (E5)*

*Avec un sentiment de manque d'investissement de la part des cardiologues pour les patients âgés : « Le monsieur, là, le dernier dont je parlais, là, qui est à domicile et qui a fait sa poussée d'insuffisance cardiaque, enfin le cardio, l'année dernière, il avait clairement dit à la fille, elle me l'a rapporté comme ça, « que son cœur était très fragile, qu'il risque de mourir à tout moment et qu'on ne ferait rien de plus ». Donc bon, ils sont moins ..., tu vois bien que le cardio, ils sont moins ... moins investis. » (E5)*

*Et une difficulté d'accès au cardiologue pour ces patients âgés: « Alors P-H il shunte dans ce cas-là, il n'appelle pas le cardio, il appelle directement la médecine polyvalente.[...] Ça passe par la médecine polyvalente pour gérer la cardio, la cardio-gériatrie pour le coup [...] Oui mais du coup-là c'est plus la médecine polyvalente qui fait plutôt gériatrie et qui accepte de faire orientation cardio.[...] Mais parce que les médecins de médecine acceptent plus facilement les patients âgés que les cardiologues. » (E2)*

*Cette posture s'est aussi retrouvée chez certains médecins généralistes interrogés : « Non mais c'est vrai par exemple moi je vois, ça dépend de l'âge mais le jeune tu n'as pas envie de te planter t'appelle quand même facilement le cardio tu vois. » (E1)*

*Les participants déclaraient ne plus faire appel au cardiologue pour leurs patients en EHPAD : « Moi à la maison de retraite j'avoue que c'est tellement compliqué de les déplacer etc, quand en plus y'a plus de rdv cardio, j'avoue que si y'en a bien certains où je me permets de modifier les doses c'est bien à la maison de retraite. » (E1)*

*Les médecins faisaient aussi remarquer qu'il y avait une meilleure prise en compte de l'autonomie et de l'état général de la personne âgée par le cardiologue : « Les cardiologues, ce n'est pas forcément l'âge, mais l'autonomie plutôt. On arrive plus à recentrer si on leur dit il est hyper autonome, il conduit et tout ça rajoute fin, ils arrivent plus à recentrer plus sur l'autonomie que l'âge. » (E3)*

*« Alors ça dépend peut-être du cardiologue. En tout cas ceux avec lesquels nous on travaille. Ce n'est pas l'âge, ce n'est pas l'âge sur papier qui compte, c'est l'âge physique. » (E4)*

*Les médecins généralistes trouvaient que les patients jeunes bénéficiaient d'un suivi plus rapproché et de la réalisation de plus d'examens complémentaires : « 70 72 ? Ce n'est pas des âgés pour le coup. [...] D'ailleurs, oui, je trouve que les cardios sont vachement plus activés. Parce qu'ils n'étaient pas vieux en fait. Pour chercher la cause. » (E2)*

*« Ils ne font pas les mêmes types d'examens. Il n'y a pas le même type de suivi, plus espacés je dirais sur les plus de 80 ans, ils peuvent espacer un peu plus le suivi. Et même à 50 ans, il aura des épreuves d'effort limite... Enfin, il aura vraiment des examens plus invasifs ou quoi, plus réguliers qu'à 80 ans. » (E3)*

*Cette posture du cardiologue dans la prise en charge se retrouvait également chez les patients obèses : « Là ça y est, on a dû mettre en place le lève-malade et d'ailleurs les aides à domicile ont pu intervenir parce qu'elles sont obligées de se mettre à deux et elles ne peuvent pas être deux en fait dans le planning. Il est possible que le cardiologue ait pris ça un peu par-dessus la jambe. » (E2)*

*« Il laisse complètement tomber. Elle a 65 ans, elle n'est pas âgée du tout et je sais que la dernière fois que je l'ai envoyé chez la cardio ... je pense que c'est ce courrier. Voilà, elle disait bien qu'elle n'allait rien faire quoi. Elle a fait une petite écho. Voilà, c'est tout. Tu sens bien que ce n'est pas la même chose que s'il n'y a pas l'obésité clairement. » (E5)*

## **B- Une discordance de point de vue entre le cardiologue et le médecin généraliste.**

Les participants déclaraient qu'il y avait des difficultés à faire un diagnostic précis de l'insuffisance cardiaque : *« C'est qu'il dit la fraction d'éjection est normale donc ce n'est pas une insuffisance cardiaque. [...] oui mais parce que la FE en même temps d'une scinti ou d'une IRM .....on a l'impression que les patients n'ont pas du tous les mêmes valeurs, ça peut varier [...] En fait l'écho c'est très, c'est très opérateur dépendant hein donc euh ... » (E1)*

Avec une discordance de diagnostic entre le médecin généraliste et le cardiologue : *« Le dernier que j'ai vu qui venait de faire une poussée d'insuffisance cardiaque venait juste de voir le cardiologue qui disait qu'il n'était pas en insuffisance cardiaque. Donc en fait c'est un peu compliqué, mais elle a quand même fait une poussée d'insuffisance cardiaque avec 5 000 de BNP [...] Sachant qu'en fait à la base elle avait un ... Je l'avais envoyé voir le cardio parce qu'elle avait fait pareil une poussée d'insuffisance cardiaque sur un passage en ACFA [...] il disait qu'elle n'avait pas d'insuffisance cardiaque et deux jours après elle était en décompensation. » (E2)*

Qui mène à remettre en doute le travail du cardiologue : *« Parce que je pense qu'il a été trop vite et qu'il ne l'a pas. Voilà, quand tu lis le courrier qui est très succinct, je ne sais même pas s'il a bien regardé l'écho. » (E2)*

Certains participants considéraient que le cardiologue n'expliquait pas clairement la pathologie au diagnostic : *« Je pense que souvent j'ai l'impression que par rapport à d'autres spécialités c'est moins clair quand ils voient le cardio. Tu vois que les termes sont moins. Tu vois, « j'ai mon cœur qui est malade » des termes tout simples comme ça, mais le cardiologue en général, il est un peu rapide, un peu pressé ... il utilise peut-être des termes forcément peu, pas toujours intelligibles pour le patient. »*

Avec une notion de suivi qui pouvait ne pas être claire : *« Moi je les appelle (mime de téléphoner à son patient) « juste comme ça pour vous avez l'ordonnance du médicament dont il a parlé dans le courrier ah ah ah non boh, on va se voir demain. » Voilà. Alors ça devrait arriver moins parce que ceux qui faisaient ça sont partis à la retraite. » (E2)*

*« Il n'y a pas forcément la notion de suivi derrière, hein ? » (E4)*

Et l'absence de durée de prescription thérapeutique qui embrouillait le patient dans son suivi : *« [...] Et même pas parce que parfois il n'y a pas la durée d'ordonnance qu'ils ont fait. Donc ils (les patients) ne savent pas quand est ce qu'il faut nous revoir. Ils viennent nous voir finalement en catastrophe parce que ... parce qu'ils n'ont pas tout compris, qu'ils n'ont pas vu, ils n'ont pas compris que l'ordonnance était pour un mois à la sortie. » (E4)*

Les médecins interrogés avaient souvent des patients qui prenaient avis auprès d'eux après avoir vu le cardiologue : *« Enfin, le nombre de patients qui nous appelle « le cardio il m'a mis ça comme traitement. Qu'en pensez-vous ? » Ce n'est pas rare quand même. [...] « Ben non je ne l'ai pas commencé, je voulais votre avis. » » (E3)*

Un point important soulevé par les participants était la surveillance plus rapprochée par les cardiologues lors de pathologies rares responsables d'insuffisance cardiaque : *« Et après, sinon Oréliance, il envoyait aussi à Henri Mondor à Créteil. » (E2)*

*« J'ai un patient qui a une amylose cardiaque et lui il est suivi par, il y a un truc de télésurveillance [...] il a une infirmière qui l'appelle, je crois que c'est une fois par semaine [...] Et là pour le coup, par contre, le suivi il est hyper carré quoi. » (E5)*

Un médecin généraliste considérait qu'il y avait une différence de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, entre cardiologues, avec un défaut de reproductibilité d'un cabinet à l'autre : « *Euh en fait le suivi est pas du tout homogène, c'est surtout ça le truc par rapport à d'autres pathologies ou c'est un peu tout le temps pareil [...] En cardio, j'ai des situations complètement différentes. J'ai des cardio qui vont revoir tous les six mois, qui prévoient des rendez-vous d'emblée. Il y en a d'autres où ils les laissent rentrer, il n'y a pas de rendez-vous de suivi.* » (E5)

Avec une « abondance » d'examen dans le secteur privé, avec recherche de gestes techniques : « *Il est remplacé par trois médecins et chaque patient qui va là-bas sort mais quasi systématiquement avec une ETT, une MAPA. Un doppler des TSA, un score calcique, un bilan sanguin même si nous on la fait ; ils le resprescrivent en fait. Ils ont un package et c'est systématique pour tous les patients [...] mais je trouve que les explorations sont nettement plus nombreuses qu'avant.* » (E5)

« *C'est vrai que les cardios d'Oréliance tu as l'impression qu'ils sont là pour faire de la technique et que les consultations c'est plus possible donc ils sont là, par contre si tu leur demande pour un patient j'veux dire qui a une douleur thoracique où là ils envisagent qu'il aura peut-être derrière une épreuve d'effort, une scinti et tout ça, alors là envoie le aux urgences tout de suite on est tout de suite disponibles ...* » (E1)

Avec un sentiment que les examens n'étaient pas forcément nécessaires : « *Alors je ne vais pas répondre si c'était justifié ou pas parce que je ne suis pas cardio, [...] Tu vois, la dernière patiente qui m'en a parlé, elle n'a pas du tout envie de la faire, ça lui rappelle beaucoup. Elle me dit « oui mais le cardiologue il m'a dit que ce n'était pas pressé, qu'on faisait comme ça, mais que ce n'était pas forcément » Tu sentais bien qu'il lui avait fait comprendre que voilà. Et quand tu lis le courrier, effectivement, c'est juste qu'à l'épreuve d'effort, il n'y a pas une échogénicité terrible, il ne voit pas très bien et bon, pour compléter, il fait quand même une petite scinti. Dans le courrier, tu le lis que je sais plus comment c'est formulé mais que bon voilà ce n'est pas non plus. Du coup la patiente revient en me disant, « mais moi je n'ai pas envie de la faire. Est ce qu'il faut vraiment que je la fasse ? »* (E5)

## **5- Une pathologie sous-estimée**

### **A- Par la société.**

La plupart des médecins généralistes interrogés ne ressentait pas la problématique de l'insuffisance cardiaque chronique sur la société : « *Alors que nous, concrètement dans notre patientèle, je trouve que ce n'est pas si flagrant que ça en fait.* » (E3)

Alors qu'il y avait un souhait des grandes instances pour alerter sur cette pathologie : « *Mais. Mais c'est vrai que moi j'avoue quand j'ai vu apparaître le thème de l'insuffisance cardiaque dans les nouvelles campagnes de la sécu, dans les nouveaux indicateurs ACI des CPTS, dans les nouveaux indicateurs des MSP, je me suis un peu posé des questions mais si, mais pourquoi ils s'excitent là-dessus ?* » (E2)

« *Et pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? D'un coup ils s'excitent là-dessus ? Et pourquoi on n'en a pas parlé avant.* » (E2)

Certains participants trouvaient qu'il y avait de plus en plus de formations proposées : « *Oui oui, il y a franchement, il y en a dans les DPC [...] De plus en plus oui.* » (E4)

Alors que d'autre non : « *bah après y'a des formations DPC tout ça, enfin j'veux dire c'est vrai qu'il n'y en a pas beaucoup sur l'insuffisance cardiaque.* » (E1)

« Ben non, mais c'est à dire que ce n'est pas forcément un sujet qu'on nous propose souvent, c'est ça. » (E2)

« Voilà, jusqu'à. Alors voilà, le diabète, l'hypertension, enfin tous les facteurs de risque. Enfin c'est vrai, on a tout un tas de. Et finalement l'insuffisance. Non, on voit, on a plus souvent des topos sur l'asthme ou des choses comme ça, des trucs pneumo finalement que des choses cardiaques. » (E3)

Certains considéraient qu'il y avait un manque de campagne à destination du grand public : « Après peut être une chose, c'est de favoriser la formation au grand public et je pense que ça aussi ça peut éventuellement améliorer et éviter le nombre d'hospitalisations, pour insuffisance cardiaque. » (E2)

« Eh beh pourquoi ils ne le faisaient pas avant [...] Est-ce que ça coûte de l'argent ? » (E2)

Une pathologie très peu médiatisée : sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés, un seul avait vu la publicité sur l'insuffisance cardiaque : « La pub, elle est bien faite. Il y a une pub qui a circulé il n'y a pas longtemps. Vous l'avez tous vue ou pas ? -Non [...] -A la télévision ? je ne regarde pas la télévision [...] Mais elle est très bien faite. Elle est très bien faite parce qu'elle explique d'une façon imagée les symptôme' de l'insuffisance cardiaque. Elle est vraiment très bien faite pour le coup, elle est très bien faite. » (E4)

Les médecins interrogés considéraient qu'il n'y avait pas de lacune thérapeutique mais qu'il y avait un manque de transmissions d'informations aux patients : « J'ai le sentiment que la prévention, qu'au niveau des traitements, ils sont plutôt bien soignés, en tout cas en France, et que l'on est plus sur l'éducation thérapeutique qui pourrait être quelque chose qui pourrait les aider un peu plus. Oui, mais il faudrait prendre ce temps. » (E4)

Tous ciblaient un manque d'éducation thérapeutique dû à un manque de temps du médecin généraliste pendant la consultation mais formulaient un espoir dans le rôle des IPA et de l'infirmière ASALEE : « Je pense que notre IPA là-dessus va pouvoir en tout cas nous aider pas mal, car il n'y a plus de temps. » (E2)

« Oui, mais avec l'arrivée des IPA. Voilà, il y a des fois on zappe, bien sûr on a tellement d'autres sujets qu'en fait on n'a pas le temps pour l'éducation thérapeutique. Mais là, c'est là où il va y avoir le rôle des IPA, où là nous on en avoir une bientôt et je pense qu'ils auront beaucoup plus de temps. Et en complément d'ASALEE aussi qui va faire que on va peut-être réussir à en capter un peu plus sur l'éducation thérapeutique, sur ce que nous on n'a pas le temps de faire. » (E3)

« Parce que c'est compliqué et je pense que vraiment, les IPA et les ASALEE vont pouvoir nous apporter beaucoup sur la prise en charge de toutes les maladies chroniques de façon générale. » (E3)

« On commence peut-être à bouger effectivement, mais les patients n'ont pas beaucoup d'informations et' d'explications. » (E4)

Les participants déclaraient néanmoins des freins à cette prise en charge pluridisciplinaire : « Sauf que les infirmières, c'est tout récent et il n'y en a pas partout. » (E4)

Avec un manque de valorisation de l'éducation thérapeutique bien que toutes les infirmières soient formées : « Là je vous dirai non. Les infirmières de socles tout court, je parle des infirmières socles, je ne parle pas des infirmières ASALEE. Elles sont formées à l'éducation thérapeutique, elles ont un socle de formation. Simplement, leur nomenclature ne permet pas du tout de le valoriser. Elles sont toutes formés à l'éducation thérapeutique. Toutes ! [...] Elles n'ont pas de cotation, donc elles ne peuvent pas. C'est à dire qu'au jour d'aujourd'hui, elles ont la formation nécessaire pour. Mais en dehors du Prado, elles ne peuvent pas parce qu'il n'y a pas de cotation. » (E4)

Certains médecins généralistes interrogés considéraient que le système de santé actuel était orienté essentiellement sur le soin curatif : C'est à dire que le système tel qu'il est construit, encore une fois, il

*est construit sur du curatif il n'est pas il n'a pas été construit sur de l'éducation, donc pas de nomenclature, donc on fait pas. » (E4)*

*Avec un manque de prévention : « La prévention, en France c'est un gros mot. C'est à dire que jusqu'à présent, on a été que dans de la thérapeutique, dans du soin et la prévention, ils ne savent pas ce que c'est, ni ce que ça peut apporter de façon générale. Mais quand je dis général, c'est vraiment général, donc il y a, il y a beaucoup de choses à faire, et tant que le patient ne ressent pas, ne ressent pas, il se dit je ne suis pas concerné. » (E4)*

*« Bah tu sais chez les insuffisants cardiaques chroniques on n'est déjà plus dans la première intention et en fait c'est vrai que juste sur l'insuffisance cardiaque ce qui est fou c'est que ça coûte très très cher et ils ont une longévité qui est très très faible et peut-être qu'il faudrait mettre un peu plus d'argent sur la prévention en fait. » (E1)*

*Avec un manque de considération pour le suivi en consultation de cette pathologie : « Mais ça, c'est la consultation annuelle. Je te parle de la consultation qui est longue. La consultation classique, elle est sur l'interrogatoire, l'évolution des symptômes. Est-ce qu'il s'est passé quelque chose de particulier depuis les derniers mois ? Un événement particulier ? [...] Et la consultation d'insuffisance cardiaque. Alors pardon, mais en dehors d'avoir une consultation annuelle qui est très longue, 'puisqu'en fait on évalue beaucoup de choses sur cette consultation, on est payé que dalle. Le truc où tu es payé, je ne sais plus, je connais plus le nom de la cotation, 'ais c'est quand il sort en post hospit alors que normalement on devrait avoir une cotation pour des pathologies et pas que cela d'ailleurs. Moi pas moi pour toutes les pathologies lourdes dont celle-là, eh bien je suis désolé, on y passe un bon bout de temps. Elle doit être cotée à sa juste valeur. » (E4)*

*« Oui, mais aujourd'hui elle est cotée 25. Sauf s'ils viennent dans les deux mois en post hospitalisation, mais 'il n'est pas venu dans les deux mois, Eh ben tu peux même pas le coter. Parfois, ils viennent deux mois et demi, trois mois après. Ben non, tu ne peux plus le coter c'est fini, voilà. Tu n'as même pas coté une seule fois. » (E4)*

## **B- Sous-estimée du patient.**

*La plupart des participants trouvaient qu'il y avait un manque d'information sur le diagnostic et sur le pronostic de la maladie : « Il manque d'information [...] Du cardiologue et de nous. » (E2)*

*« Mais même les personnes âgées, moi je pense qu'elles ne se rendent pas compte vraiment du pronostic quand même. Puis même moi des fois, j'ai l'impression aussi de le banaliser un peu. » (E3)*

*« Bah moi l'expérience d'insuffisance cardiaque euh je dirai que, euh, je pense que c'est l'une des pathologies les plus graves qui est quand même pas clairement annoncée. » (E1)*

*Ils considéraient que les patients n'étaient pas conscients de leur pathologie initialement : « C'est une pathologie lourde, le patient n'est pas conscient. Et peut-être que c'est bien que de toute façon quand il a fait une poussée, il va en faire une deuxième, puis une troisième, puis peut être encore une et que ce sera terminé. » (E1)*

*« Le diagnostic et le pronostic sont quand même les choses les moins annoncées aux patients et qu'en fait ils ne se rendent pas du tout compte que clairement ils sont mal barrés, et que en fait bah quand bah ça finit par complètement merder, tout le monde tombe des nues, « comment ça il est en train de mourir ? », bah parce qu'en fait il a une insuffisance cardiaque. » (E1)*

*Avoir conscience de la pathologie et être « cash » dans le pronostic pourrait servir de levier : « Non, puis pour l'éducation thérapeutique... Oui, ça peut être un levier, mais est-ce que c'est bien qu'ils se rendent compte que leur espérance de vie est diminuée à moyen terme ? Ça va changer quoi dans leur vie à part se dire dans dix ans, « peut être que j'ai tant de pourcentage, de chance d'être décédé par*

*rapport à quelqu'un d'autre... [...] ça peut quand même... [...] En levier sur l'éducation thérapeutique, ça va être le seul truc parce que sinon... » (E3)*

*Ils estimaient que pour que les patients aient conscience de leur pathologie il fallait qu'il y ait un retentissement sur le quotidien du patient : « Mais ça dépend à quel stade en fait, si c'est une insuffisance cardiaque sans trop de retentissement sur leur quotidien, ça va. La personne âgée qui dès qu'elle bouge elle est essoufflée, qu'elle a des jambes comme ça (le participant mime une grosse jambe). Ouais ça va... ils vont, ils vont se rendre compte. Je pense qu'en vieillissant, ils se rendent compte qu'il y a une incidence parce qu'ils sont ralentis dans leur vie du quotidien. La personne jeune qui a son insuffisance cardiaque mais qui est bien stabilisée, qui continue à avoir une activité au quotidien, lui, il ne va pas forcément se rendre compte des risques à moyen terme. » [...] Mais dès que tu as un retentissement sur ta vie, tu t'en rends compte Si tu n'as pas trop de retentissement ... » (E3)*

*Les participants trouvaient qu'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë était beaucoup plus « marquante » pour le patient qu'une décompensation gérée en médecine de ville : « Je dirais que celui qui a été hospitalisé, il va plus s'en rendre compte que celui qu'on adapte en ville et qui ne nécessite pas une hospitalisation à chaque fois. Parce que... c'est plus violent d'être hospitalisé. C'est plus violent pour eux. Là ils se rendent plus compte je pense. » (E3)*

*Les participants interrogés intégraient bien le ressenti et l'autonomie du patient lors de leurs consultations des patients insuffisants cardiaques : « Voilà et surtout le ressenti. Parce que quand ils sont stables et chroniques, ils peuvent avoir des fois des crépitements tout le temps, mais c'est vraiment eux et comment ils vivent les choses. Est-ce qu'ils sont gênés ou pas ? Est-ce que s'ils sont en insuffisance cardiaque chronique mais équilibrée après voilà. [...] Ils se limitent, sans vraiment dire qu'ils sont gênés. Ils ne sont pas gênés, mais en fait ils sont gênés. [...] Ils ne bougent pas ils disent « je ne suis pas essoufflée mais en même temps je marche pas » [...] Il ne fait plus rien, il s'adapte. » (E4)*

*Les médecins interrogés étaient « saoulés » par le manque d'implication de leurs patients : « Oui et puis après le patient peut amener sa dernière ordonnance, ils ont aussi le droit de la regarder. » (E1)  
« Quand on leur dit « va faire du sport », qu'ils disent « non mais c'est bon, j'ai ma molécule pour le cholestérol » la putain on va reprendre du début. Alors l'alimentation ... » (E3)  
« A l'entretien ... à l'effort. Chose qu'il ne fait pas. Il ne fait pas ...pas parce qu'il ne peut pas. C'est parce qu'il n'a pas envie. » (E4)*

*Certains participants déclaraient être « saoulés » du temps investis pour certains patients : « Après, je vais être horrible, mais je comprends aussi un peu la cardio quand tu vois cette patiente qui vraiment fait rien, qui bouge pas... Elle ne travaille pas, elle est à domicile [...] que tu arrives tous les jours à 14 h pour les visites et qu'elle est en train de bouffer trois sandwichs. Enfin bon, au bout d'un moment, faut qu'elle se prenne en main aussi quoi. » (E5)*

*Avec des défauts de compréhension de leur pathologie assez importante : « A propos de la diététique, j'avais une petite anecdote sur un patient qui n'avait pas compris l'importance de ne pas consommer de sel et donc il continuait sans comprendre, il me dit « il ne veut pas de sel le cardiologue. Mais je n'ai pas compris. Enfin, je n'ai pas compris, je continue à en prendre » Donc arriver sur des détails comme ça, à comprendre ce qu'ils peuvent changer parce que ce n'est pas facile entre ce qu'on dit et ce qu'ils comprennent, retiennent et font, il y a encore un fossé. » (E4)*

*Les participants décrivaient bien l'impact de l'entourage et des IDE dans la prise en charge des facteurs adaptables que les patients ne font pas eux même : « Donc du coup, ils ont éduqué la famille à l'alimentation. A l'entretien [...] Et l'alimentation par contre elle est bien suivie. Eh bien voilà, il n'y a pas ... Il n'y a pas de ...Il n'y a pas de sel. Il y a une infirmière qui passe de façon régulière et qui me*

*surveille le poids toutes les semaines. Elle a l'indication : il prend deux kilos, elle m'appelle. Donc ça, elle le fait. » (E4)*

*Dont l'observance thérapeutique : « Je lui ai demandé de surveiller, entre autres, le poids, comme elle délivre les médicaments et elle donne les médicaments, sinon il ne prend pas. » (E4)*

## IV- Discussion

- Approche conceptuelle

L'approche conceptuelle est schématisée dans la figure 1.

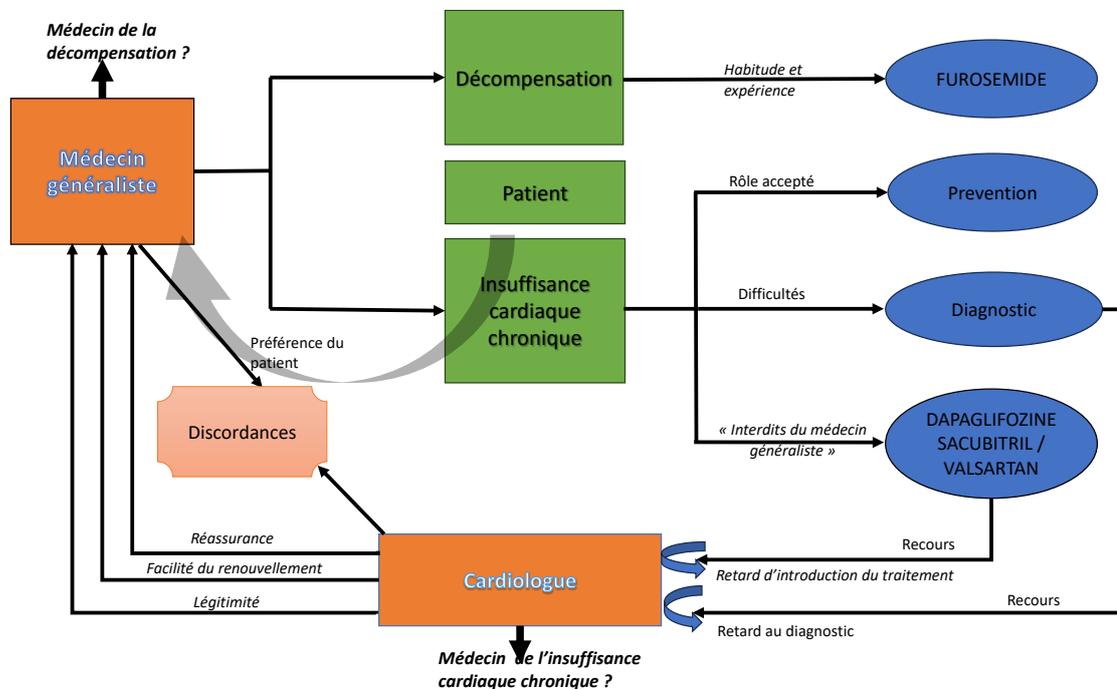


Figure 1 : Schéma conceptuel du ressenti du médecin généraliste dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

Nous avons retrouvé 5 concepts principaux.

Les médecins généralistes participants étaient confrontés à deux types d'insuffisances cardiaques, aiguë et chronique. Ils diagnostiquaient principalement des épisodes de décompensations qu'ils traitaient majoritairement avec du Furosémide, médicament dont ils avaient une habitude d'utilisation. Concernant l'insuffisance cardiaque chronique, les médecins généralistes participants évoquaient une difficulté à en poser le diagnostic. Ils éprouvaient un manque de légitimité à prescrire les traitements de base de l'insuffisance cardiaque chronique avec une sensation « d'interdits ». Ils avaient donc recours au cardiologue pour une aide diagnostique et pour l'introduction de ces molécules, ce qui engendrait un retard de prise en charge. Par contre, les participants acceptaient leur rôle de prévention et d'éducation thérapeutique. Les participants se sentaient rassurés par la consultation chez le cardiologue qui facilitait le renouvellement d'ordonnance ultérieure du médecin généraliste. Ils étaient parfois confrontés à une différence d'approche diagnostique et thérapeutique avec le cardiologue. En cas de discordance, le patient se tournait en premier lieu vers son médecin traitant. Ils ressentaient également une différence d'implication selon l'état global du patient.

Le médecin généraliste serait dévolu au traitement de la décompensation, et le cardiologue à l'optimisation du traitement. Enfin les participants estimaient que l'insuffisance cardiaque chronique était une pathologie sous-estimée par les patients, les médecins généralistes et la société.

- **Comparaison avec la littérature**

Une difficulté importante des participants de notre étude étaient le diagnostic de l'insuffisance cardiaque chronique. La suspicion diagnostique de l'insuffisance cardiaque chronique repose sur des signes fonctionnels respiratoires : principalement une dyspnée d'effort, une orthopnée et une dyspnée paroxystique nocturne, d'après la société Française de cardiologie (17). Lors des entretiens, les médecins généralistes interrogés décrivaient essentiellement une dyspnée aiguë associée à des signes de surcharge qui évoquaient plutôt une poussée d'insuffisance cardiaque aiguë. Ces signes sont essentiellement cliniques. L'examen clé indispensable pour le diagnostic d'insuffisance cardiaque globale est l'échographie transthoracique couplé au doppler, toujours selon la société française de cardiologie. Celle-ci permet d'évaluer la FEVG et d'avoir une orientation étiologique à la cause de l'insuffisance cardiaque (17). Lors de nos entretiens, certains participants déclaraient ne pas faire de modification thérapeutique car ils ne réalisaient pas d'ETT et que cela les freinait dans le diagnostic et la prise en charge.

Plusieurs autres études ont également conclu à une prescription non optimale du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique par le médecin généraliste. L'étude internationale « IMPROVEMENT » s'était intéressée à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique dans 15 pays membres de la société Européenne de cardiologie. 11 062 patients ont été inclus. L'étude concluait que les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique était pris en charge correctement malgré des hospitalisations à répétitions. L'étude retrouvait également une absence d'optimisation thérapeutique. Cette étude était menée par des cardiologues et des médecins généralistes (9).

En France, une étude transversale descriptive en 2018, incluant 24 médecins généralistes et 51 patients, avait mis en évidence une couverture thérapeutique suffisante mais qui restait incomplète sur le plan des posologies atteintes. Cependant, dans cette étude, le questionnaire contenait seulement des questions fermées qui n'ont pas donné la possibilité aux participants d'exprimer des remarques ou des difficultés éventuelles (18). Cela était concordant avec notre étude où les participants connaissaient les traitements à introduire mais retardaient leurs introductions, soit par doute sur l'indication, soit par manque d'habitude sur leurs utilisations, soit par sentiment de manque de légitimité.

Pourtant, la thérapeutique a bien été définie par l'ESC 2021, les recommandations des sociétés savantes américaines en 2022 et synthétisées dans un article de la revue francophone de médecine générale « Exercer » en 2023. Dans cet article, les bases du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique sont un IEC, un BB, un inhibiteur de SGLT2 et un antagonistes du récepteur des minéralocorticoïdes. De plus, l'auteur donne des conseils sur les situations pour lesquelles un avis cardiologique est nécessaire à partir de l'acronyme « I NEED HELP » qui prends en compte le stade de l'insuffisance cardiaque, le traitement, le nombre d'hospitalisation du patient et s'il y a une insuffisance rénale associée (19).

Une étude mixte, qualitative et quantitative, menée par un médecin généraliste, un sociologue et un économiste en 2006, s'est intéressée à « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonne pratique ? » en prenant pour exemple le diabète de type 2. Si dans les entretiens, les médecins déclaraient suivre les recommandations, les statistiques de l'étude indiquaient le contraire. Il ressortait que les médecins trouvaient que les recommandations étaient peu applicables. Ils considéraient que leur rôle était d'éduquer le patient ou d'adapter les prescriptions à la demande, plutôt qu'assurer un suivi strict sur les bases d'un référentiel. Cela concorde avec notre étude où les participants n'adhéraient pas non plus aux recommandations (20). Ces deux études nous

font réfléchir si les recommandations sur l'insuffisance cardiaque chronique sont applicables en médecine générale ou ne serait-ce qu'utiles.

Ce retard d'introduction des nouvelles thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque chronique pourrait également être rapprochée de l'inertie thérapeutique dans la prise en charge de l'HTA décrite en médecine générale en 2012 par le professeur Lebeau (21). Cet article retrouvait 4 catégories de causes de l'inertie thérapeutique : le défaut de motivation, la surestimation des résultats, « les raisons molles », le défaut de formation. La plupart des participants de notre étude connaissaient les nouvelles thérapeutiques, au pire de façon incomplète qu'on pourrait mettre en relation avec « le défaut de formation ». Quelques verbatims pouvaient également être mis en relation avec les « raisons molles ».

Le manque d'habitude dans l'utilisation des nouvelles thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque chronique pourrait également être un élément clé retardant les prescriptions, comme cela a pu avoir lieu initialement avec les nouveaux anticoagulants oraux. Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont apparus en 2008 initialement peu prescrit dû à une thérapeutique déjà bien ancrée via les antivitamines K (22). Une étude transversale descriptive réalisée en 2015 auprès de médecins généralistes de France métropolitaine retrouvait que les AOD étaient désormais entrés dans la pratique courante des médecins généralistes français, malgré un impact important de l'industrie pharmaceutique sur leurs prescriptions (23).

De notre étude, une dichotomie semblerait se profiler avec un rôle de diagnostic et d'introduction des nouvelles thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque chronique dévolu au cardiologue et un rôle d'adaptation des posologies dévolu au médecin généraliste.

Le Furosémide est le diurétique le plus prescrit en France (17). Le médecin généraliste serait le deuxième prescripteur de cette molécule après le cardiologue. Les diurétiques Furosémide doivent être utilisés pour traiter la rétention hydrosodée et améliorer les signes congestifs, et sont donc utilisés lors des épisodes de décompensations d'après la société Française de cardiologie (17). Une étude s'est intéressée à la prescription de Furosémide, en réalisant une enquête de pratique descriptive prospective dans la région Aquitaine, auprès de médecins généralistes et de maîtres de stage universitaire (MSU) en 2017. Quarante-neuf couples internes/MSU ont participé. L'étude a retrouvé une prescription de FUROSEMIDE importante, avec une prépondérance d'indication dans l'insuffisance cardiaque (24). Cette étude ne mentionnait pas si la prescription concernait l'insuffisance cardiaque aiguë ou chronique. Nous retrouvons des résultats similaires dans notre étude, avec une utilisation majeure du Furosémide dans l'insuffisance cardiaque aiguë, au dépend des autres médicaments disponibles.

Une étude observationnelle et prospective, réalisée en 2016, a évalué la prescription du Furosémide chez la personne âgée de 75 ans et plus dans le service de Médecine Interne Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon-Bourgogne. Sur les 818 patients hospitalisés, 267 avaient du Furosémide à l'admission (33%). Parmi ces prescriptions, 69% n'étaient pas conformes aux recommandations. L'hypertension artérielle était la 1<sup>ère</sup> indication du Furosémide (38%), suivie de l'insuffisance cardiaque chronique (24%). Un ou plusieurs effets indésirables possiblement liés au Furosémide étaient retrouvés dans 54% des cas. Cette étude retrouvait également une prévalence importante de l'utilisation du Furosémide ainsi que son utilisation en dehors des indications chez la personne âgée (25). Il n'était cependant pas mentionné qui était le prescripteur. Cela concordait avec notre étude où les participants évoquaient une prise en charge thérapeutique différente chez les personnes âgées, chez qui l'objectif principal n'était pas d'adhérer aux recommandations mais de maintenir une stabilité clinique et un confort de vie le plus longtemps possible.

Une étude qualitative s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes des Hauts de France entre 2021 et 2022, suite à l'extension de la primo-prescription à tous les médecins à travers une étude qualitative. Il n'était pas retrouvé de sentiment d'illégitimité à la prescription de la prophylaxie préexposition, mais un manque de connaissance théorique et pratique ainsi qu'un manque de diffusion de l'information et de la communication à propos de la thérapeutique (26). Ce manque de diffusion d'information s'est également retrouvé dans notre étude, certains participants n'avaient pas connaissance de l'ouverture de la prescription de Sacubitril / Valsartan et des inhibiteurs de SGLT2 aux médecins généralistes, ce qui pouvait freiner son utilisation.

La prescription des ISGLT2 était initialement réservée aux endocrinologues, cardiologues, internistes et néphrologues. L'ouverture de la prescription aux médecins généralistes date de novembre 2021. Les deux principaux motifs de cette décision étaient le faible nombre de praticiens dans les spécialités initialement autorisées à l'exception des cardiologues, et surtout la grande inégalité de leur répartition territoriale, ce qui entraînait une perte de chance pour les patients qui n'avaient pas accès à ces spécialistes. Un article de la revue « EXERCER » datant de 2022 s'est intéressé aux dernières recommandations des ISGLT2 à travers une revue de la littérature narrative sur les dernières études. L'article conclut que les ISGLT2 diminueraient le risque d'hospitalisation des patients insuffisants cardiaques chroniques quelle que soit leur FEVG (27). Dans notre étude, certains participants pensaient que les ISGLT2 restaient de la primo prescription par les spécialistes ou ne les prescrivait que pour le diabète ou une maladie rénale chronique. Le manque de légitimité ressenti par les médecins généralistes pourrait être secondaire à une méconnaissance de leur autorisation de les prescrire.

Une étude menée en France par Caisse Nationale d'Assurance Maladie en lien avec des épidémiologistes, en 2009 s'est intéressée aux patients hospitalisés une première fois pour insuffisance cardiaque aiguë et à leurs devenir à 30 jours post hospitalisation. 69958 patients ont été inclus à partir des données de l'assurance maladie. Cette étude a conclu que les patients avec une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë avaient une fréquence élevée de comorbidités, de réhospitalisations et de décès à 30 jours. De plus, l'utilisation des médicaments indiqués dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique pourrait être améliorée (28). L'importance de cette étude était en opposition avec la sous-estimation de l'insuffisance cardiaque chronique évoquée par les participants de notre étude, que ce soit par les patients, les médecins eux-mêmes et la société.

Une étude Cochrane de 2015 s'est également intéressée au soutien téléphonique structuré - ou télé-monitorage non invasif - pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque globale à travers une revue des essais contrôlés randomisés. 41 études ont été incluses, comportant soit un soutien téléphonique structuré ou un télé-monitorage à domicile non invasif chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Cette étude a conclu que le soutien téléphonique structuré et le télé-monitorage non invasif à domicile réduisait le risque de mortalité toutes causes confondues, et les hospitalisations en lien avec l'insuffisance cardiaque globale. Ces interventions ont également montré des améliorations de la qualité de vie liée à la santé, des connaissances sur l'insuffisance cardiaque et des comportements d'autosoins (29). Les participants étaient favorables au développement du télé-monitorage, mais n'étaient pas systématiquement mis au courant lorsque l'un de leurs patients en bénéficiait.

Les campagnes sur l'insuffisance cardiaque globale sont assez récentes, réalisées par l'assurance maladie, avec un début en septembre 2022. L'objectif est de mieux faire connaître cette maladie qu'est l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique, et inciter les patients à dialoguer avec les professionnels de santé autour des signes d'alerte, pour un dépistage précoce et une prise en charge optimale.

Une deuxième campagne a eu lieu en septembre 2023 avec une communication qui s'adresse aussi aux patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique et qui a pour objectif l'amélioration des connaissances de la maladie et des bons gestes à adopter pour mieux vivre avec (30). Cependant lors de nos entretiens, peu de médecins connaissaient la campagne sur l'insuffisance cardiaque chronique. Une campagne auprès des médecins généraliste centré sur l'insuffisance cardiaque pourrait permettre d'améliorer son diagnostic et sa prise en charge.

Une thèse qualitative réalisée en France en 2019 s'est également intéressée aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes de l'Orne dans la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique. Cette étude avait conclu à un manque de formation à l'éducation thérapeutique, un manque de temps et un manque de coordination avec le cardiologue (31). Notre étude présente une plus grande variabilité des résultats, un double codage, et elle insiste plus sur la difficulté du diagnostic, sur l'approche médicamenteuse et sur le sentiment de manque de légitimité des médecins généralistes.

- **Forces et limites**

Cette étude a été menée par un enquêteur novice dans la réalisation d'entretiens collectifs et individuels mais qui s'est formé à l'aide de son directeur de thèse, d'une aide pédagogique en ligne mais également à travers les entretiens réalisés. La réalisation des entretiens a été facilitée par la présence d'un modérateur qui a permis au chercheur de jouer pleinement son rôle.

Les retranscriptions n'ont pas été retournées, donc sans corrections ni commentaires de la part des participants. L'enquêteur connaissait une partie des participants, ce qui a pu partiellement biaiser leurs déclarations. Le choix de l'entretien sur le lieu de travail pouvait être discutable car cela a écourté certains entretiens, mais l'enquêteur a respecté la disponibilité des participants. Le guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable ; cependant, l'enquêteur n'a pas rencontré de problème particulier lors des entretiens.

Un double codage a été réalisé permettant une triangulation des données. Pour limiter le risque de subjectivité, les critères de scientificité de l'étude ont été validés à l'aide de la grille COREQ (32). Nous avons sélectionné un échantillon représentatif de la démographie médicale. Les entretiens collectifs ont permis une émulation des données avec des profils variés de praticiens.

Nous avons également réalisé deux entretiens individuels pour explorer plus en détail le sentiment de manque de légitimité qui ressortait lors des premiers entretiens.

Une des forces de cette étude est d'avoir interrogé des médecins de 2 départements séparés d'un point de vue géographique et démographique (33). Nous avons essayé de faire respecter un temps de parole équivalent entre les participants. Les questions étaient ouvertes, offrant une liberté et une spontanéité de parole, ce qui nous a parfois obligé à recentrer le débat autour de la pathologie.

- **Perspectives**

Notre étude met en évidence un rôle de prise en charge des décompensations dévolu au médecin généraliste et un rôle d'optimisation du traitement dévolu au cardiologue. Une étude sur l'applicabilité

et l'acceptabilité d'une formation aux nouvelles thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque chronique auprès des médecins généralistes pourrait être envisagée.

Il serait intéressant d'explorer le sentiment de manque de légitimité ressenti par les médecins généralistes face à certaines situations ; et notamment si ce sentiment pourrait être en partie dû à un manque de diffusion sur les autorisations de prescription des médicaments récents. Il serait également intéressant d'obtenir le point de vue des cardiologues et d'explorer ce qu'ils attendent des médecins généralistes dans l'insuffisance cardiaque chronique ; et de développer ou améliorer les moyens d'harmonisation entre ces deux spécialités.

## Bibliographie :

1. *Insuffisance cardiaque* [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/insuffisance-cardiaque>
2. Haute Autorité de Santé - *Insuffisance cardiaque - Parcours de soins* [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1505207/fr/insuffisance-cardiaque-parcours-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505207/fr/insuffisance-cardiaque-parcours-de-soins)
3. Saudubray T, Saudubray C, Viboud C, Jondeau G, Valleron AJ, Flahault A, et al. *Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France : enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau sentinelles*. *Rev Med interne* 2005
4. 17. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. *More « malignant » than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure*. *Eur J Heart Fail*. Juin 2001;3(3):315-22.
5. *Medscape* [Internet]. [cité 7 juin 2022]. *Insuffisance cardiaque aiguë : quelle prise en charge thérapeutique aux Urgences ?* Disponible sur : <http://francais.medscape.com/voirarticle/3607290>
6. Ameli, *Insuffisance cardiaque : suivi médical et vie quotidienne*, publié le 29 septembre 2021, disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/suivi-medical-vie-quotidienne>
7. *ESC-HFA 2021, Nouvelle recommandations dans l'insuffisance cardiaque chronique à FEVG altérée*, disponible sur : <https://www.cardio-online.fr/Actualites/2021/Dossier-special-ESC-HFA-2021-nouvelles-recommandations-dans-l-insuffisance-cardiaque-chronique-a-FEVG-alteree>.
8. Msadek S, De Lauzun I, Diarova J, Sauvion D, Gandolfini MP, Beloued J, et al. *Optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique par les médecins généralistes en sortie d'hospitalisation : les recommandations sont-elles appliquées ?* *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 oct 2019;68(4):195-200.
9. *Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey*. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12457785>
10. Komajda M, Anker SD, Cowie MR, Filippatos GS, Mengelle B, Ponikowski P, et al. *Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: data from the QUALIFY global survey*. *European Journal of Heart Failure*. 2016;18(5):514-22.
11. de Groot P, Isnard R, Assyag P, Clerson P, Ducardonnet A, Galinier M, et al. *Is the gap between guidelines and clinical practice in heart failure treatment being filled? Insights from the IMPACT RECO survey*. *European Journal of Heart Failure*. 2007 ;9(12):1205-11.
12. Jondeau G, Allaert FA, Leurs I. [Management of heart failure by French general practitioners in 2003]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. sept 2004;97(9):833-9.
13. Poelzl, Altenberger, Pacher, Ebner, Wieser, *Dose matters! Optimisation of guideline adherence is associated with lower mortality in stable patients with chronic heart failure*. Disponible sur: [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(14\)00951-6/fulltext](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(14)00951-6/fulltext)
14. *Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative* [Internet]. Site du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur : <http://clqe.fr/auto-apprentissage-de-la-conduite-dentretien-semi-directif-en-recherche-qualitative/>
15. « *Initiation à la recherche qualitative en santé* » du Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone écrit sous la direction du Professeur Jean-Pierre LEBEAU.

16. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations – La France et ses territoires | Insee [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030#>
17. Accueil | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 28 oct.2023]. Disponible sur : <https://www.sfcadio.fr/>
18. Kyre A. Évaluation de la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite par les médecins généralistes en Gironde. 2018 ;58.
19. Malmartel A. Insuffisance cardiaque aiguë et chronique. *Exercer* 2023 ;189 :25-7.
20. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):75-103.
21. Lebeau J. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. *Exercer* 2012 ;100:37-43.
22. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 nov 2023]. Les « NACO », anticoagulants d'action directe, n'ont pas tous démontré la même efficacité. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2008955/fr/les-naco-anticoagulants-d-action-directe-n-ont-pas-tous-demontré-la-meme-efficacite](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2008955/fr/les-naco-anticoagulants-d-action-directe-n-ont-pas-tous-demontré-la-meme-efficacite)
23. Mélanie Amiot. Enquête de pratique sur l'utilisation des anticoagulants oraux directs en médecine générale libérale. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2015. ([hal-01731885](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01731885))
24. Boulestreau R, Lalanne P, Durieux W, Delarche N. Prescription de furosémide en médecine générale en Aquitaine. Enquête de pratique auprès des médecins généralistes maîtres de stages universitaires. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 nov 2018 ;67(5):327-33.
25. Buttard M, Putot A, D'athis P, Pioro L, Asgassou S, Putot S, et al. Évaluation de la prescription du furosémide chez la personne âgée de 75 ans et plus dans un service de gériatrie aiguë. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. Sept 2018 ;67(4):238-43.
26. Caroline L. Primo-prescrire la PrEP en médecine générale.
27. Pouchain D, Adeline-Duflot F, Le Roux G, Renard V, Lebeau J, Boussageon R. Actualités thérapeutiques des gliflozines. *Exercer* 2022 ;184:264-72.
28. Tuppin P, Cuerq A, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Danchin N, Juillière Y, et al. First hospitalization for heart failure in France in 2009: Patient characteristics and 30-day follow-up. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 1 nov 2013 ;106(11):570-85.
29. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Heart Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 31 oct 2015 [cité 13 sept 2023];2015(10). Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007228.pub3>
30. Campagne insuffisance cardiaque [Internet]. [cité 4 nov 2023]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/campagne-insuffisancecardiaque>
31. Sauvé L. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ornaïens concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique? :123.
32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
33. Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2023 | Insee [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

## ANNEXE :

### Guide d'entretien :

Bonjour à tous, merci de participer à cette étude sur le traitement de l'insuffisance cardiaque.

#### Contexte

1. Racontez-moi votre dernière consultation chez un patient insuffisant cardiaque chronique ?

#### Prise en charge des patients par le médecin généraliste

2. Racontez-moi comment vous gérez l'insuffisance cardiaque chronique ?
3. Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez adressé un patient qui présentait une décompensation modérée chez son cardiologue ?
4. Comment gérez-vous les recommandations de l'insuffisance cardiaque chronique ?
  - 4-1 Qu'est-ce que vous pensez des inhibiteurs de SGLT2 ?

#### Limites d'une prise en charge en cabinet libéral

5. Une précédente thèse menée entre 2018 et 2019 avait déjà identifié comme freins de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, un manque de formation des médecins généralistes malgré une volonté de formation dû à un manque de temps. Qu'est-ce que vous en pensez ?

#### Ouverture

1. Essayez-vous de mettre en place des prises en charges communes de vos patients insuffisants cardiaques chroniques.

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

---

Philippe ROZIER

50 pages - 1 tableau – 1 figure

**Résumé :**

**Explorer le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.**

**Introduction :** En 2023 en France, la prévalence de l'insuffisance cardiaque chronique est estimée à 10 % de la population âgée de plus de 70 ans. En 2005, la prévalence des consultations en médecine générale pour ce motif est de 11,9% chez les patients âgés de 60 ans et plus et de 20% chez les plus de 80 ans d'après une enquête nationale sur l'insuffisance cardiaque chronique. Une optimisation thérapeutique permettrait une diminution à long terme de la mortalité ainsi que du nombre d'hospitalisation d'après une étude de 2014 de « l'International Journal of Cardiology ». Deux études de « l'European Heart Failure » parues en 2007 et en 2016 retrouvaient que les médecins généralistes appliquaient la thérapeutique mais à dose non optimale. L'objectif de notre étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Étaient inclus des médecins généralistes thésés du département du Loiret et des Pyrénées-Atlantiques. Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, en « focus group » et individuels, avec un échantillonnage par effet « boule de neige ».

**Résultats :** Nous avons mené 4 focus group et 2 entretiens individuels de février à août 2023. La suffisance des données a été atteinte après le quatrième entretien. 5 concepts ont émergé. Les participants évoquaient une pathologie « complexe », difficile à diagnostiquer ainsi qu'une limite floue entre insuffisance cardiaque chronique et aiguë ; « *Moi j'ai un patient de 88-90 ans. Qui est venu pour une poussée d'insuffisance cardiaque.* » Ils déclaraient adapter spontanément le Furosémide : « *Le Lasilix, on l'utilise depuis très longtemps, on sait ce qu'il faut surveiller.* » ; mais ne se sentaient pas légitimes ni « compétents » pour modifier les autres traitements, notamment la Dapaglifozine et le Sacubitril/Valsartan « *[...] je voulais quand même avoir son avis de cardiologue pour m'autoriser à le faire.* » « *[...] vous avez déjà introduit sinon de l'Entresto par vous-même ? -On n'a pas le droit.* ». Les médecins généralistes ressentaient une différence entre leur approche et celle du cardiologue mais également selon le profil du patient : « *Non mais c'est vrai par exemple moi je vois, ça dépend de l'âge mais le jeune tu n'as pas envie de te planter t'appelle quand même facilement le cardio tu vois.* »

**Conclusion :** Les recommandations de l'insuffisance cardiaque chronique sont bien codifiées mais peu utilisées. Cela pose la question de l'applicabilité et de l'acceptabilité de ces recommandations en médecine générale. Devant l'utilisation omniprésente du Furosémide en consultation, il semblerait que le rôle du médecin généraliste s'apparente à la prise en charge de la décompensation et celui du cardiologue à l'optimisation thérapeutique. Le défaut d'optimisation thérapeutique pourrait être expliqué en partie par un manque d'habitude, un manque d'expérience et une méconnaissance de l'autorisation à prescrire les nouvelles thérapeutiques.

**Mots clefs :** Insuffisance cardiaque chronique, Médecin généraliste, Thérapeutique, Compétence, Légitimité.

**Jury :**

Présidente du Jury : Professeur Anne BERNARD

Directeurs de thèse : Docteur Loïc DRUILHE

Membres du Jury, Docteur Boris SAMKO, Docteur Maxime PAUTRAT, Docteur Loïc DRUILHE

Date de soutenance : 7 décembre 2023