

Travail de fin d'études

Master de spécialisation en Médecine Générale

Par Félicie HANNARD

Etat des lieux et identification des freins et stratégies qui influencent la gestion des patients atteints d'insuffisance cardiaque, en médecine générale.

Etude qualitative auprès de médecins généralistes de la région de Beauraing

Promoteur : Dr Motte Manuel

Université Catholique de Louvain – Faculté de médecine et de médecine dentaire

Année académique 2022 – 2023

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Docteur Motte Manuel et le Docteur Jamart Laurent pour leur écoute et leur partage. Un tout grand merci aussi aux Docteurs Ntema Lesley et Rouard Florence pour leurs précieux conseils et leur réassurance. Leurs connaissances m'ont permises d'enrichir ma pratique rurale de Médecine Générale, notamment pour la gestion des patients atteints d'insuffisance cardiaque ; une pathologie particulièrement fréquente et qui m'a interpellée durant mon assistanat.

J'adresse également mes remerciements aux Docteurs Lambinet Patrick et Rousseau Pierre, animateurs de mon séminaire loco-régional, pour le réconfort apporté durant mes deux dernières années d'assistanat.

Je suis reconnaissante envers les médecins qui ont participé à cette étude, pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Enfin, merci du fond du cœur à Rodrigue pour son soutien inconditionnel, et ma maman pour sa relecture attentive. Je remercie l'ensemble de ma famille pour le soutien durant toutes mes années universitaires.

« Pour les humains, la perfection est inaccessible, l'excellence oui. Fais ton travail du mieux que tu peux, en acceptant les erreurs inévitables. »

Résumé

Introduction

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique et évolutive. Elle touche près de 240000 Belges et principalement les personnes de plus de 60 ans. Elle est provoquée par une incapacité du cœur à assurer son rôle de pompe cardiaque ; il perd sa capacité à faire circuler le sang dans les organes à cause de pressions intracardiaques trop élevées. En conséquence, des symptômes et des signes apparaissent tout au long de la maladie. La prise en charge de cette maladie doit être établie le plus tôt possible car les conséquences tant médicales que psycho-sociales peuvent être lourdes.

Deux éléments constatés dans la pratique de la médecine générale rurale nous ont permis d'établir une question de recherche : d'une part, la fréquence de cette maladie, parfois difficile à gérer et d'autre part, le traitement en constant changement ces dernières années. L'objectif de cette étude est donc de faire un état des lieux de la gestion ambulatoire des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Méthodologie

Après une revue de la littérature, l'étude que nous avons menée a été réalisée sur base d'un guide d'entretien. De la sorte, nous avons réalisé neuf entretiens semi-dirigés et individuels, auprès de médecins généralistes. Ils ont été anonymisés et se sont passés par vidéoconférence ou en présentiel. Ils ont ensuite été retranscrits puis analysés de manière qualitative.

Résultats

L'insuffisance cardiaque est fréquemment rencontrée dans la pratique des médecins interrogés. C'est une pathologie avec laquelle ils n'ont pas toujours d'aisance. Pour modérer cette complexité, la pluridisciplinarité est une chose très importante à adopter, de même que la formation continue et les examens complémentaires disponibles, qu'ils utilisent à bon escient.

Néanmoins trois points plus négatifs ont été relevés et devraient davantage être perfectionnés. Tout d'abord, la prévention primaire est peu développée dans cette maladie mais certains efforts peuvent être soulignés. Entre autres, les médecins font attention aux patients présentant certaines comorbidités. Ensuite, la prise en charge de la pathologie au stade palliatif n'est pas évidente mais, il a été remarqué que ceux qui se faisaient aider par d'autres intervenants de la santé pouvaient prendre du recul et mieux accueillir cette étape. Enfin, Une difficulté supplémentaire est la compliance du patient que tous encouragent par des visites régulières, des explications claires et une attention particulière envers ces patients afin que ceux-ci se sentent considérés.

Conclusion

L'insuffisance cardiaque est une pathologie enrichissante pour la pratique du médecin généraliste. Ces derniers mois, elle progresse tant au niveau de son traitement que de sa prise en charge. Le soignant devra donc rester connecté ! Au vu de ses conséquences dommageables, la gestion de cette maladie devra être individualisée et la plus concise possible. Pour cela, quelques conditions partiellement remplies à l'heure actuelle, devront encore plus être mises à profit : diagnostiquer précocement avec l'aide éventuelle d'examens complémentaires, faire partie d'une collaboration avec les autres intervenants de la santé et communiquer avec le patient. Il faudra aussi encourager ceux-ci, parfois affaiblis par la lourdeur qu'impose cette pathologie. Lorsque celui-ci tirera sa révérence, l'entraide ne devra pas être négligée.

Mots-clés

Heart failure, ambulatory management, general practitioner

Liste des abréviations

AINS : anti-inflammatoires non-stéroïdiens

ARA : antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II

ARM : antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes

BB : β -bloquants

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

DFG : débit de filtration glomérulaire

ECG : électrocardiogramme

ESC : European Society of Cardiology

FA : fibrillation auriculaire

FEVG : fraction d'éjection du ventriculaire gauche (VG : ventricule gauche, HVG : hypertrophie du ventricule gauche)

HbA1c : hémoglobine glyquée

HF : heart failure

HFrEF : heart failure with reduced ejection fraction – insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite

HFmrEF : heart failure with mildly reduced ejection fraction – insuffisance cardiaque à fraction d'éjection moyennement réduite

HFpEF : heart failure with preserved ejection fraction – insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée

HVG : hypertrophie du ventricule gauche

IC : Insuffisance cardiaque

IECA : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

IM : insuffisance mitrale

IRC : insuffisance rénale chronique

iSGLT-2 : Inhibiteurs du SGLT-2 (Sodium-Glucose Cotransporter-2) – Gliflozines

K⁺ : potassium

Na⁺ : sodium

NTBR : not to be reanimated

NT pro-BNP : N-Terminal pro-Brain Natriuretic Peptide

NYHA : New York Heart Association

O₂ : oxygène

OAP : œdème aigu du poumon

SCA : syndrome coronarien aigu

TA : tension artérielle (HTA : hypertension artérielle, HTAP : hypertension artérielle pulmonaire)

VD : ventricule droit

Table des matières

Remerciements	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations	6
Table des matières	8
I. Introduction.....	11
1. Définition.....	11
2. Epidémiologie.....	11
3. Terminologie.....	12
4. Diagnostic de l'insuffisance cardiaque chronique.....	15
5. L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite et son traitement.....	18
5.1 Généralités	18
5.2 Mode d'action des classes médicamenteuses utilisées dans l'insuffisance cardiaque.....	21
5.2.1 Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II	21
5.2.2 Le complexe sacubitril/valsartan.....	21
5.2.3 Les β -bloquants	22
5.2.4 Les inhibiteurs du SGLT-2	22
5.2.5 Les antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes	22
5.2.6 Les diurétiques de l'anse	23
5.2.7 L'HFmrEF, l'HFpEF et leur traitement.....	23
II. Méthodologie.....	24
1. Revue de la littérature et autres ressources.....	24
2. Choix de la méthodologie.....	24
3. Comité d'éthique.....	25
4. Echantillonnage et recrutement	25
5. Mode de recueil des données	26
6. Analyse	26
III. Résultats	27
1. L'insuffisance cardiaque, sur les sentiers battus du praticien aguerri.....	27
1.1 Le train-train quotidien	27
1.2 Un poisson dans ou hors de l'eau.....	27

1.3	Un médecin, c'est comme le bon vin. Ça s'enrichit avec les années	28
1.4	Le cardiologue et ses doigts de fée	28
2.	La gestion de la maladie	28
2.1	La prévention primaire, restons optimistes	28
2.2	Un diagnostic brumeux et troublant	30
2.3	Les NT pro-BNP, un appui pertinent.....	30
2.4	What else ? De la théorie à la pratique	30
2.5	« Perdre ses illusions vous allège »	31
3.	La formation	32
3.1	Les guidelines, le MUST, mais.....	32
3.2	Se mettre au goût du jour	33
3.3	Les recommandations et ses nouveautés	33
4.	Dans la pluridisciplinarité, chacun est complémentaire de l'autre.....	34
4.1	À deux, on est plus fort !	34
4.2	« Allô, Docteur ! ».....	35
4.3	Collaborons, coopérons.....	37
4.4	Les soins à domicile, un bon coup de pouce	37
4.5	« Help, I need somebody help ! ».....	38
5.	Le patient à domicile	39
5.1	L'avoir à l'œil	39
5.2	Prendre son courage à deux mains	39
6.	Le traitement.....	40
6.1	Quand on veut, on peut !	40
6.2	Les iSGLT-2, la nouvelle pilule bleue	41
6.3	Nous n'avons pas de baguette magique	41
IV.	Discussion.....	42
1.	Interprétation des résultats et confrontation à la littérature	42
1.1	Diagnostic capricieux et gestion complexe de la maladie.....	42
1.2	Aides disponibles pour la gestion de la maladie	43
1.2.1	Le dépistage.....	43
1.2.2	Les examens complémentaires	44
1.2.3	La formation	45
1.2.4	La pluridisciplinarité	46
1.3	L'étape palliative	47
1.3.1	Chez qui y penser ?.....	48
1.3.2	Un soignant aux multiples facettes	48

1.3.3	« Dans le cadre de soins palliatifs à domicile, l'interdisciplinarité doit se vivre au quotidien. »	50
1.3.4	Les aides à la communication.....	51
1.3.5	Les proches.....	51
1.3.6	L'impuissance du soignant	52
1.4	Le suivi chronique du patient	52
1.5	La compliance du patient	53
2.	Pistes d'amélioration.....	54
3.	Forces et biais de l'étude.....	55
3.1	Forces	55
3.2	Biais	56
VI.	Conclusion	57
VII.	Bibliographie.....	58
VIII.	Annexes	62
	Annexe 1.....	62
	Annexe 2.....	65
	Annexe 3.....	67
	Annexe 4 – Interviews	68
	Interview MG1.....	68
	Interview MG2.....	72
	Interview MG 3.....	76
	Interview MG4.....	81
	Interview MG5.....	86
	Interview MG6.....	90
	Interview MG7.....	94
	Interview MG8.....	98
	Interview MG9.....	102

I. Introduction

1. Définition

L'insuffisance cardiaque (nommée heart failure (HF), en anglais), est un syndrome clinique constitué de symptômes, pouvant être accompagnés de signes. C'est une maladie chronique évolutive, due à une anomalie structurelle et/ou fonctionnelle du cœur qui entraîne une pression intracardiaque élevée et/ou un débit cardiaque inadéquat au repos et/ou pendant l'exercice. En conséquence, le cœur est incapable de répondre à tous les besoins énergétiques du corps^{1,2}.

2. Epidémiologie

Dans les pays développés, l'incidence de la pathologie ajustée selon l'âge, est en baisse, ce qui reflète une meilleure prise en charge des maladies cardiovasculaires. Mais, en raison du vieillissement de la population, l'incidence globale augmente. En Europe, elle est d'environ 5/1000 personnes-années chez les adultes^{1,3}.

En Belgique, l'insuffisance cardiaque touche environ 240000 personnes et 15000 cas sont détectés tous les ans. On estime que 4% de la population adulte en souffre (20% concerne les plus de 65 ans). C'est la première cause d'hospitalisation chez les plus de 65 ans⁴.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque (IC) semble être de 1 à 2 % chez les adultes. Elle augmente avec l'âge : environ 1 % chez les personnes de moins de 55 ans et plus de 10 % chez les patients de 70 ans et plus. Par rapport au sexe, un peu plus de 50% des patients atteints d'IC sont des femmes. En revanche, celles-ci ont une meilleure survie.

Le pronostic s'est considérablement amélioré depuis les premiers essais de traitement, il y a quelques décennies. Cependant, il reste médiocre et la qualité de vie est aussi nettement réduite. Le taux de mortalité est de 20% à 1 an et 50% à 5 ans. Elle est comparable à celle de certains cancers.

Après le diagnostic initial, les patients atteints d'IC sont hospitalisés une fois par an en moyenne. La fibrillation auriculaire (FA), un indice de masse corporelle plus élevé et une

hémoglobine glyquée (HbA1c) plus élevée, ainsi qu'un faible débit de filtration glomérulaire (DFG) sont des prédicteurs importants des hospitalisations pour IC^{1,5}. En raison de la croissance démographique, du vieillissement et de la prévalence grandissante des comorbidités, le nombre absolu d'admissions à l'hôpital pour IC devrait considérablement augmenter à l'avenir, peut-être jusqu'à 50% au cours des vingt-cinq prochaines années^{1,3}.

3. Terminologie

Il existe trois classifications utilisées pour définir les patients insuffisants.

La première classification se base sur le mode évolutif. Au départ, le patient ne présente aucun symptôme mais peut avoir un trouble de la fonction cardiaque. On peut parler de « dysfonction ventriculaire asymptomatique ». Lorsqu'on pose le diagnostic et que le patient ressent des symptômes tout en restant stable, on sera face à une « insuffisance cardiaque stable et chronique ».

Si la symptomatologie se dégrade en raison d'un événement aigu (ex. : syndrome coronarien aigu (SCA), myocardite fulminante, endocardite, etc.), l'insuffisance sera « décompensée ». Elle nécessitera un traitement urgent pour être « recompensée ». Il est également possible qu'elle soit transitoire, quand elle est causée par une atteinte myocardique temporaire (ex. : traitement médicamenteux, Tako-Tsubo, myocardite virale, etc.). Dans ce cas, elle ne devra pas recevoir de traitement prolongé.

La deuxième classification se base sur la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG), mesurée par échocardiographie. (Tableau 1)

Tableau 1 : Classification selon la fraction d'éjection du ventricule gauche

Type d'HF	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
Signes +/- symptômes	Oui	Oui	Oui
FEVG	Réduite ≤ 40%	Légèrement réduite entre 41 % et 49 %	Préservée ≥ 50 %
Autres	/	/	-Peptides natriurétiques élevés -Anomalies structurales et/ou fonctionnelles cardiaques, compatibles avec la présence d'un dysfonctionnement diastolique/pressions de remplissage élevées du VG
<p>Les patients atteints d'une maladie non-cardiovasculaire peuvent présenter des symptômes et des signes très similaires à ceux de l'HF. Mais, en l'absence de dysfonctionnement cardiaque, ils ne remplissent pas les critères de l'HF. Cependant, ces pathologies peuvent coexister avec l'HF et l'exacerber.</p> <p>La transition de la fraction d'éjection au fil du temps est fréquente et les patients qui progressent de la HFmrEF à la HFrEF, ont un pronostic plus sombre que ceux qui restent stables ou passent à une catégorie de fraction d'éjection plus élevée. Le risque de mortalité pour l'HFpEF est considérablement plus faible que l'HFrEF.</p>			

La troisième terminologie se base sur la gravité des symptômes, via la classification de la New York Heart Association (NYHA) ². (Tableau 2)

Tableau 2 : Classification selon la gravité des symptômes

Catégorie	Symptômes	Exemples d'activités qui peuvent être effectuées sans produire de symptômes
I	Aucune limitation d'activité physique. L'activité physique ordinaire ne cause pas d'essoufflement, de fatigue ou de palpitations excessives.	<ul style="list-style-type: none"> - Porter des objets > 35 kg - Pelleter de la neige, bêcher le jardin - Skier, jouer au football - Courir ou marcher à 8 km/h
II	Légère limitation de l'activité physique. Confortable au repos, mais l'activité physique ordinaire entraîne un essoufflement, une fatigue ou des palpitations excessives.	<ul style="list-style-type: none"> - Relation sexuelle sans s'arrêter - Jardiner, désherber, râcler de l'eau - Jouer au golf - Marcher à 6 km/h sur terrain plat
III	Limitation marquée de l'activité physique. Confortable au repos, mais une activité moins intense que l'ordinaire entraîne un essoufflement, une fatigue ou des palpitations excessives.	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le lit, laver le sol - Pousser une tondeuse - Prendre une douche et s'habiller sans s'arrêter - Marcher à 4 km/h
IV	Incapable de pratiquer une activité physique sans inconfort. Des symptômes au repos peuvent être présents.	<ul style="list-style-type: none"> - Ne peut faire aucune des activités ci-dessus sans symptômes

NB : cette classification ne donne pas le meilleur indicateur pronostique. En effet, les patients de grade NYHA I peuvent toujours avoir un risque élevé d'hospitalisation et de décès. Elle est particulièrement importante au stade avancé, pour guider les patients pouvant bénéficier d'une transplantation ou d'une thérapie par dispositif ^{2,6}.

L'IC peut également être le résultat d'un dysfonctionnement du ventricule droit (VD), dont l'étiologie principale est l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) induite par le dysfonctionnement du ventricule gauche (VG). Dans ce cas, on sera face à une insuffisance cardiaque globale, mais d'autres causes peuvent expliquer une insuffisance cardiaque droite, qui sera alors isolée (ex. : pathologie valvulaire). On verra que la pression veineuse systémique augmente, entraînant l'extravasation du liquide et un œdème conséquent, principalement dans les tissus dépendants (pieds et chevilles) et dans les viscères abdominaux. Le foie est le plus gravement touché. L'estomac et l'intestin sont également congestionnés, ce qui peut entraîner une anorexie, une malabsorption des nutriments et des médicaments, etc. Une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale (ascite) peut se produire ^{1,2}.

4. Diagnostic de l'insuffisance cardiaque chronique

Pour poser le diagnostic, il faut une association de :

- Symptômes, souvent peu spécifiques
- Signes cliniques, liés à la rétention hydrosodée
- Signes de dysfonctionnement ventriculaire, détectés par des examens complémentaires.

Il est important de tenir compte des comorbidités (hypertension artérielle (HTA), insuffisance mitrale (IM), coronaropathie, diabète sucré, abus d'alcool, insuffisance rénale chronique, chimiothérapie cardiotoxique) et des antécédents familiaux de cardiomyopathie ou mort subite, car le diagnostic est plus probable chez ces patients ^{1,7}.

Les symptômes dont le patient va progressivement se plaindre sont :

- Dyspnée à l'effort et/ou au repos, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne
- Tolérance réduite à l'effort et augmentation du temps de récupération
- Toux nocturne, respiration sifflante
- Fatigue, faiblesse musculaire
- Gonflement des chevilles
- Sensation de ballonnement, perte d'appétit
- Confusion, dépression
- Palpitations, arythmie
- Vertiges, syncope.

Les signes que nous pouvons identifier sont :

- Prise de poids (> 2 kg/semaine), œdème malléolaire bilatéral, hépatomégalie, ascite
- Impulsion apicale déplacée latéralement
- Souffle cardiaque, tachycardie, pouls irrégulier
- Crépitants inspiratoires bibasaux et/ou sibilants expiratoires et tachypnée
- Extrémités froides.

Dans un stade avancé de la maladie, on pourra également voir d'autres signes : B3 audible (galop), tension artérielle pincée, perte de poids et cachexie, reflux hépato-jugulaire et jugulaires turgescentes, douleurs hépatiques, respiration de Cheyne-Stokes et oligurie.

Plusieurs tests diagnostiques sont recommandés chez les patients suspects d'HF :

- Électrocardiogramme (ECG) : s'il est normal, l'HF sera peu probable. Des anomalies comme une FA, une hypertrophie du VG (HVG) ou un QRS large augmente la probabilité et peuvent aussi guider la thérapie ¹.
- Peptides natriurétiques (NT pro-BNP) : si le taux est normal (≤ 125 pg/ml), l'HF est exclue. Des concentrations élevées donnent aussi une idée sur le pronostic et peuvent guider les investigations cardiaques supplémentaires ^{1,8}.
- Biologie sanguine globale : elle permet d'exclure d'autres pathologies qui font partie du diagnostic différentiel de l'HF mais aussi de donner un pronostic et d'orienter le traitement potentiel. On analysera la numération globulaire complète, l'urée et la créatinine sérique, les électrolytes, les enzymes hépatiques et thyroïdiennes, l'hémoglobine glyquée, la formule lipidique (à faire de préférence, chez un patient à jeun), le fer sérique et la ferritine ¹.
- Échocardiographie : c'est l'examen clé qui confirmera le diagnostic, en montrant des signes de dysfonctionnement cardiaque. Elle va évaluer la FEVG mais aussi la fonction du VD, les pressions de remplissage et d'autres potentielles anomalies cardiaques comme l'HVG concentrique ou excentrique, les anomalies de paroi, l'HTAP et la fonction valvulaire ^{1,9}.
- Radiographie pulmonaire : elle évalue d'autres causes potentielles d'essoufflement et peut prouver l'HF (cardiomégalie, congestion pulmonaire). (Figure 1)

Remarques : le taux de peptides natriurétiques peuvent augmenter dans d'autres pathologies cardiovasculaires : SCA, embolie pulmonaire, chirurgie cardiaque, etc. D'autres causes non-cardiovasculaires peuvent aussi l'augmenter : âge avancé, arrêt vasculaire cérébral, anémie, etc. Le taux peut être plus faible chez les personnes en surcharge pondérale.

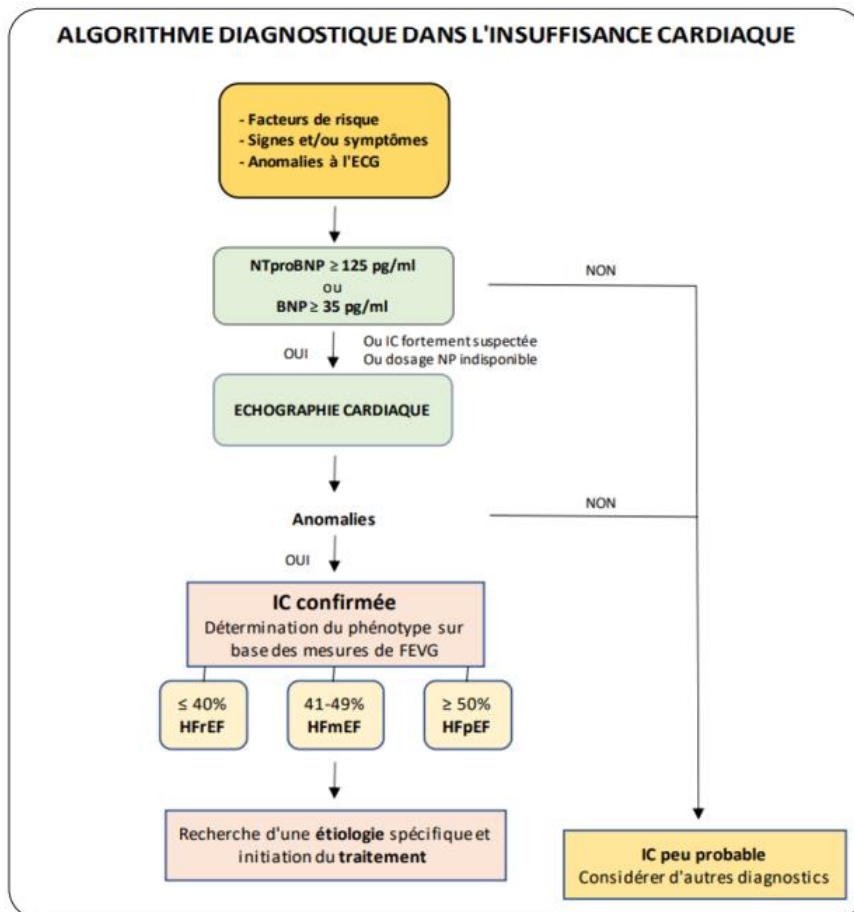


Figure 1 : Algorithme du diagnostic de l'insuffisance cardiaque

Connaître la cause sous-jacente est nécessaire dans le diagnostic de l'IC car la pathologie spécifique peut déterminer le traitement ultérieur. Pour trouver cette cause, d'autres tests sont recommandés mais cela relève alors de la spécialité (ex. : coronarographie, IRM cardiaque, etc.). L'étiologie de l'IC varie selon la géographie. Dans les pays occidentaux et développés, ce sont majoritairement la coronaropathie et l'hypertension¹. (Tableau 3)

Tableau 3 : Causes de l'insuffisance cardiaque

Causes		Présentation clinique
Atteinte directe des myocytes		
Coronaropathie		Infarctus du myocarde, angine de poitrine
Cardiomyopathies congénitales		Hypertrophie, dilatation, etc.
Cardiomyopathies acquises	Myocardites	Myocardite virale, auto-immunitaire, toxiques
	Métaboliques	Troubles ioniques, déficits en vitamines/nutrition
	Infiltratives	Tumeurs, amyloïdose
	Autres	Grossesse, postpartum, Takotsubo
Facteurs extrinsèques		
Troubles de stockage		Hémochromatose, Fabry
Maladie de l'endocarde		Radiothérapie, fibrose
Maladie du péricarde		Calcification infiltrante
Maladie valvulaire		Sténose valvulaire, insuffisance valvulaire
Hypertension artérielle		OAP, HTA maligne, HFpEF
Maladie cardiaque congénitale		Transposition des vaisseaux, tétralogie de Fallot
Arythmies		Arythmie auriculaire ou ventriculaire
Cause idiopathique		

5. L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite et son traitement

5.1 Généralités

La pharmacothérapie est la pierre angulaire du traitement de l'HFpEF mais elle doit être mise en parallèle avec la prise en charge non-médicamenteuse. Ainsi, on pourra observer une réduction des hospitalisations, de la mortalité et une amélioration de la qualité de vie et de la capacité fonctionnelle du patient.

La quadrithérapie de base est constituée d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IECA) ou du complexe sacubitril/valsartan, d'un β -bloquant (BB) et d'un antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes (ARM). Elle est recommandée comme traitement fondamental pour ces patients, à moins que les médicaments ne soient contre-indiqués ou non tolérés. Ils doivent être utilisés à doses maximales tolérées. Cette ligne directrice recommande toujours l'utilisation du complexe sacubitril/valsartan en remplacement de l'IECA chez les patients qui restent symptomatiques sous traitement IECA, BB et ARM ; cependant, ce complexe peut être considéré comme un traitement de première intention au lieu d'un IECA et c'est ce qui

est très souvent fait en pratique. La place des antagonistes aux récepteurs à l'angiotensine II (ARA) est considérée si l'IECA ou le complexe sacubitril/valsartan n'est pas toléré.

Depuis peu, on parle d'une quadrithérapie. En effet, les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose-2 (iSGLT-2), sont recommandés en première intention, pour tous les patients atteints d'HFrEF déjà traités par un IECA/ARA/sacubitril-valsartan, un BB et un ARM, qu'ils soient diabétiques ou non. La dapagliflozine et l'empagliflozine ont fait l'objet de nombreuses études et ont systématiquement montré une amélioration des symptômes et de la qualité de vie et une réduction des hospitalisations et de la mortalité. En plus, cette classe permet de réduire l'utilisation de diurétiques de l'anse, vu leur effet diurétique.

Les diurétiques de l'anse sont, quant à eux, utiles en cas de rétention hydrosodée, pour soulager la dyspnée et réduire les œdèmes. Nous rappelons aussi que conserver des diurétiques de l'anse à doses constantes est une erreur. Il convient, en effet, d'ajuster ces dosages en fonction de la volémie du patient (à augmenter en phase congestive et à diminuer en phase d'euvolémie) ^{1,10,11,12,13}. (Figure 2)

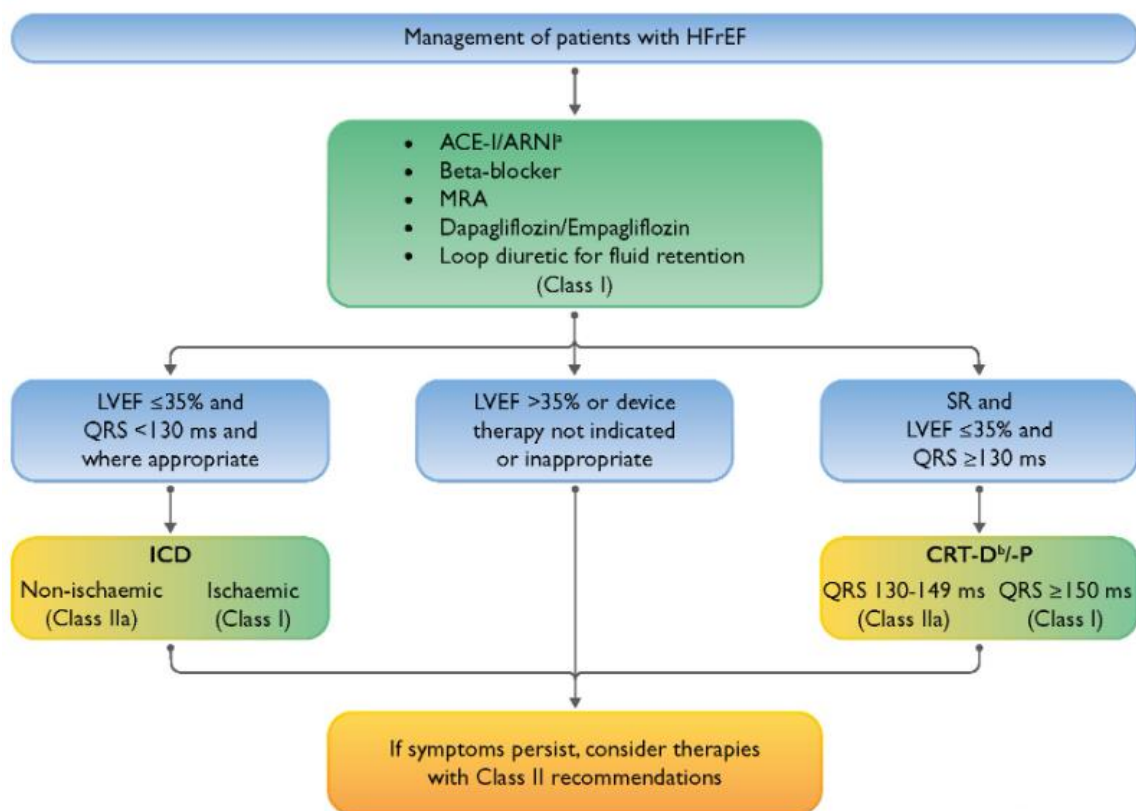


Figure 2 : Gestion thérapeutique des patients atteints d'HFrEF

Le traitement débute donc par de petites doses et doit être optimisé dans les 6 semaines (dans la pratique, ce sera plutôt en 2 à 3 mois). Les études ont montré un effet bénéfique faible avec les doses de départ mais significatif avec les doses optimisées. Cette optimisation, qui nécessite un suivi régulier du patient, sera le fruit d'une collaboration entre le médecin traitant et le cardiologue. Attention, une personnalisation du traitement est de rigueur car le profil du patient est susceptible de limiter les doses qu'il est possible de lui délivrer dans certaines classes thérapeutiques. En effet, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la présence d'une atteinte rénale ou et la présence ou non d'une fibrillation auriculaire sont 4 éléments qui vont conditionner le traitement. (Tableau 4)

Les effets hypotenseurs peuvent être gênants. Néanmoins, ils peuvent être minimisés en fractionnant l'administration des médicaments et en réduisant la doses des diurétiques associés. Ce qui peut aussi aider, c'est d'utiliser un IECA à action prolongée comme le périndopril, ou en prenant la dose au coucher ¹.

Tableau 4 : Classes médicamenteuses avec dosages initiaux et dosages cibles

Classe/Molécule	Dose initiale	Dose cible
IECA		
Enalapril	1.25 à 2.5 mg 2x/jour	10 à 20 mg 2x/jour
Ramipril	1.25 à 2.5 mg 2x/jour	5 mg 2x/jour
Lisinopril	2.5 à 5 mg/jour	20 à 35 mg/jour
Périndopril	2 mg/jour	4 mg/jour
Sacubitril/valsartan	49/51 mg 2x/jour	97/103 mg 2x/jour
Bêta-bloquants		
Bisoprolol/nébivolol	1.5 à 2.5 mg/jour	10 mg/jour
Carvédilol	3.125 mg 2x/jour	25 mg 2x/jour
Métoprolol	6.25 mg à 25 mg 2x/jour	100 mg 2x/jour
ARM : Eplérénone/spironolactone	25 mg/jour	50 mg/jour
iSGLT-2 : Empa-/dapagliflozine	10 mg/jour	10 mg/jour
Sartans/ARA		
Valsartan	40 mg 2x/jour	160 mg 2x/jour
Candésartan	4 à 8 mg/jour	32 mg/jour
Losartan	50 mg/jour	150 mg/jour

5.2 Mode d'action des classes médicamenteuses utilisées dans l'insuffisance cardiaque

5.2.1 Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II

Les IECA vont venir bloquer l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ce qui va réduire la production de l'angiotensine II et la biodisponibilité de celle-ci pour ses récepteurs AT1. De plus, on aura une diminution de la dégradation de la bradykinine dont l'effet est vasodilatateur. Celle-ci va alors s'accumuler et potentialiser l'effet. Par ailleurs, certains de leurs effets pourraient aussi s'expliquer par une diminution de l'hyperplasie des cellules musculaires lisses vasculaires et cardiaques (ce qui est favorable par rapport au remodelage ventriculaire). Les effets hémodynamiques observés sont la vasodilatation artériolaire, artérielle et veineuse, la diminution de la rétention hydrosodée, la diminution de la pression de remplissage du VG et la diminution de la résistance vasculaire systémique.

Concernant les ARA ou sartans, ils vont se fixer sur les récepteurs de l'angiotensine I et les inhiber. Leurs effets hémodynamiques sont comparables à ceux des IECA.

NB : pour les deux classes, on peut voir une augmentation de la créatinine qui peut être réversible. Ce n'est donc pas un motif d'arrêt rapide du traitement. Il faudra simplement être vigilant dans l'augmentation du dosage et l'utilisation des diurétiques et des AINS. On recommande un contrôle régulier de la fonction rénale, avant traitement et à chaque modification de palier. La fréquence de ces contrôles doit être augmentée en cas d'anomalie de l'état général, de l'ionogramme sanguin et/ou de la fonction rénale ¹.

5.2.2 Le complexe sacubitril/valsartan

Le sacubitril est un inhibiteur de la néprilysine et le valsartan est un antagoniste du récepteur à l'angiotensine II, dont le mécanisme est décrit ci-dessus.

La néprilysine est une enzyme qui dégrade entre autres les peptides natriurétiques. L'inhibition de celle-ci va engendrer une augmentation des peptides et va entraîner une vasodilatation, une diminution de la pression artérielle et de la postcharge, une augmentation du DFG/débit sanguin rénal avec majoration de la diurèse, une inhibition de la libération de la rénine/de l'aldostérone, une diminution de l'activité sympathique et une diminution des effets anti-hypertrophiques et anti-fibrotiques ^{1,14}.

5.2.3 Les β -bloquants

Ces molécules vont venir bloquer β -adrénergiques et empêcher les effets du système nerveux sympathique. Ils vont réduire la fréquence cardiaque, diminuer la contractilité et réduire les besoins en oxygène des cellules myocardiques. Ceci va donc améliorer la fonction diastolique et la fraction d'éjection. Le débit cardiaque va augmenter, la tension artérielle va chuter et la précharge va diminuer. La capacité à l'effort va augmenter.

Les BB utilisés dans l'insuffisance cardiaque sont β 1-sélectifs. Le carvedilol est aussi α -bloquant. Ceux-ci seront débutés avec prudence, après correction des signes de rétention hydrosodée et une fois le patient stable ^{1,15}.

5.2.4 Les inhibiteurs du SGLT-2

Au niveau du rein, les tubules contournés proximaux possèdent des co-transporteurs sodium-glucose : les SGLT-2. Ils sont présents dans la partie initiale des tubes et réabsorbent 90% du glucose sanguin filtré par les glomérules. En revanche, les SGLT-1, présents dans la partie distale, récupèrent uniquement 10% du glucose tubulaire résiduel. Les gliflozines, eux, viennent inhiber les transporteurs SGLT-2, ce qui freine la réabsorption tubulaire du glucose et de sel. Ainsi, les effets glycosuriques et natriurétiques sont potentialisés et cela diminue la glycémie plasmatique et la charge hydrosodée de l'organisme. Dans l'insuffisance cardiaque, le mécanisme n'est pas encore bien connu mais l'efficacité clinique viendrait de la majoration de la natriurèse, provoquée par le blocage de ces transporteurs. Ceci entraînerait une réduction de la surcharge volumique, une diminution de la pression artérielle et une réduction de la précharge et de la postcharge, et devrait conduire à des effets bénéfiques sur le remodelage cardiaque et la fonction diastolique et préserver la fonction rénale ^{1,16,17}.

5.2.5 Les antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes

La spironolactone (ou l'éplérénone, avec laquelle on a moins de recul et qui coûte qui cher) va se fixer sur les récepteurs prévus pour l'aldostérone et empêcher celle-ci d'agir. Ils peuvent être ajoutés pour compenser les effets de la perte de potassium provoquée par les diurétiques de l'anse à forte dose. Il peut en résulter une hyperkaliémie, en particulier lorsque des inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

sont également utilisés. L'ionogramme doit donc être régulièrement surveillé en particulier lorsqu'un trouble peut provoquer une déshydratation et un trouble rénal ¹.

5.2.6 Les diurétiques de l'anse

L'efficacité des diurétiques est liée à l'excrétion urinaire accrue de sodium et à la diminution du volume plasmatique, du volume extracellulaire, de la pression artérielle et du débit cardiaque. L'abaissement de la tension artérielle et la réduction du volume circulant vont stimuler la sécrétion de rénine et d'aldostérone, stabilisant la natriurèse. L'effet diurétique ne sera donc ressenti par le patient que durant les premières semaines. Les patients âgés, de race noire, hypertendus, avec un taux de rénine bas ou un taux d'aldostérone bas, tendent à mieux répondre au traitement diurétique. Les diurétiques thiazidiques et apparentés sont préférés aux diurétiques de l'anse en raison de leur durée d'action prolongée qui favorise une stabilisation de l'effet sur la volémie ^{1,12,13}.

5.2.7 L'HFmrEF, l'HFpEF et leur traitement

Comme dans toute HF, les diurétiques de l'anse sont recommandés pour réduire la congestion. Pour le reste du traitement, il n'y a pas de recommandations correctement établies. Néanmoins, vu que l'HFmrEF est jugée physiopathologiquement plus proche de l'HFcrEF que de l'HFpEF, on peut envisager l'utilisation des IECA/sartans, de l'association sacubitril/valsartan, des bêta-bloquants et des ARM. Leur utilisation peut aussi être guidée en fonction des autres pathologies du patient. En revanche, pour la digoxine et l'ivabradine, rien n'est recommandé pour leur utilisation, ainsi que pour le défibrillateur.

Pour l'HFpEF, le traitement est pauvre. Les diurétiques de l'anse sont recommandés. Comme pour toute HF, il faut aussi prendre en charge une éventuelle étiologie sous-jacente et traiter les comorbidités (ex. : instaurer un IECA chez un patient hypertendu ou un BB chez un patient tachycarde).

Néanmoins, ces dernières semaines, il y a beaucoup de changement concernant les iSGLT-2. Au moment où nous écrivons cette introduction, l'empagliflozine a reçu l'indication et le remboursement dans l'HFmrEF et l'HFpEF. Pour la dapagliflozine, elle a également reçu l'indication mais le remboursement n'a pas encore été accordé. Bien évidemment, le remboursement doit être établi par les cardiologues ^{1,18,19}.

II. Méthodologie

1. Revue de la littérature et autres ressources

Pour comprendre l'insuffisance cardiaque et son traitement, des recherches ont été faites dans la littérature médicale. Nous nous sommes servis de la plateforme Pubmed. Nous en avons utilisé d'autres mais, elles ne nous ont pas permises d'approfondir notre sujet. Nous avons privilégié les articles « Full text », en anglais et en français, datant au maximum de 2017.

Au fur et à mesure des investigations, nous avons constaté que le diagnostic, le suivi chronique et la prise en charge globale de l'insuffisance cardiaque n'était pas toujours évidente en médecine générale. Nous avons donc élargi nos recherches à propos de cela.

Afin de nous aider dans la recherche littéraire sur les bases de données disponibles, nous avons visionné des tutoriels explicatifs. Pour l'analyse des résultats, la rédaction de ce travail et sa bibliographie, nous avons utilisé le logiciel Zotero, le cours « WMEGE2358 – Travail personnel – TFE » ainsi que le site MGTFE et ses lectures suggérées²⁰. Nous avons aussi lu une partie du livre « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », de Pierre Paillé²¹.

2. Choix de la méthodologie

Le médecin généraliste est un prestataire de soins de première ligne. Il est donc régulièrement confronté à la gestion d'un patient en insuffisance cardiaque. Néanmoins, à travers la littérature, beaucoup d'études relèvent la gestion hospitalière et peu le font pour la gestion ambulatoire. Le but de ce TFE est donc d'identifier les freins et les stratégies qui influencent les médecins généralistes dans la gestion d'un insuffisant cardiaque. C'est pourquoi une recherche qualitative auprès de médecins généralistes, pratiquant en milieu rural, a été choisie pour étayer ce sujet²⁰.

3. Comité d'éthique

Le 16 août 2022, après avoir introduit une demande au préalable, les membres du Groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de notre TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée. (Annexe 1)

4. Echantillonnage et recrutement

L'étude a inclus des médecins généralistes belges francophones. Elle a volontairement privilégié une variété de profils en termes d'âge, de sexe et de pratique. Entre septembre 2022 et mars 2023, nous avons recruté dix médecins et neuf ont accepté de participer (quatre hommes et cinq femmes) : cinq ont été contactés par e-mail, trois de vive voix et un par téléphone. L'âge moyen est de 34 ans, le plus jeune étant âgé de 26 ans et le plus vieux de 63 ans. Les interviews ont duré entre 20 et 35 minutes. La saturation des données a été atteinte après ces neuf entretiens.

	Caractéristiques socioprofessionnelles	Pratique
MG 1	Homme, 63 ans, pratique depuis 38 ans	Milieu rural, pratique en groupe
MG 2	Homme, 28 ans, pratique depuis 3 ans	Milieu rural, pratique en groupe (forfait)
MG 3	Femme, 26 ans, pratique depuis 3 ans	Milieu rural, pratique en groupe (forfait)
MG 4	Femme, 30 ans, pratique depuis 5 ans	Milieu rural, pratique en groupe
MG 5	Femme, 28 ans, pratique depuis 4 ans	Milieu rural, pratique en groupe
MG 6	Homme, 30 ans, pratique depuis 5 ans	Milieu rural, pratique individuelle
MG 7	Homme, 37 ans, pratique depuis 13 ans	Milieu rural, pratique individuelle
MG 8	Femme, 30 ans, pratique depuis 4 ans	Milieu rural, pratique de groupe
MG 9	Femme, 31 ans, pratique depuis 6 ans	Milieu rural, pratique en groupe

5. Mode de recueil des données

L'étude a été menée par le biais d'entretiens individuels. Ils ont été semi-dirigés, via un guide d'entretien, préalablement écrit en concertation avec mon promoteur et le Dr Jamart Laurent (Annexe 2). Au niveau organisationnel, deux ont été fait par visioconférence et huit en personne, dans le cabinet du médecin interrogé. Les interviews ont été enregistrés sur un dictaphone, après avoir eu le consentement de l'interrogé par écrit et seront détruits après la défense du TFE (Annexe 3).

6. Analyse

Durant chaque entretien et après chacun de ceux-ci, nous avons rédigé quelques notes, à propos de ce qui nous interpellait le plus et de ce que nous relevions de pertinent. Ensuite, chaque interview a été retranscrit de manière anonyme. Ensuite, nous avons lu les interviews plusieurs fois, en faisant une micro-analyse et en annotant les résultats, dans la marge. Puis, nous avons établi des rubriques générales desquelles ont découlé des thèmes. Ceux-ci nous ont finalement permis de construire une analyse par des catégories conceptualisantes.

III. Résultats

1. L'insuffisance cardiaque, sur les sentiers battus du praticien aguerri

1.1 Le train-train quotidien

À l'unanimité, l'insuffisance cardiaque est une pathologie rencontrée régulièrement à partir du moment où le praticien côtoie les maisons de repos et assure le suivi chronique de personnes âgées.

« J'en vois quand même assez régulièrement, toutes les semaines. Surtout en maison de repos, il y en a beaucoup comme ce sont des personnes âgées. » MG6

« Oui, car je fais beaucoup de maisons de repos. Mais dans la patientèle âgée qui vient au cabinet également. Donc c'est assez quotidien. » MG4

1.2 Un poisson dans ou hors de l'eau

Dans la majorité des cas, le médecin ne se sent pas démuné mais reconnaît ne pas être complètement à l'aise dans ce domaine complexe. Ce sont, généralement, des patients avec de multiples comorbidités, qu'il faut gérer « au cas par cas ». La clinique n'est pas toujours spécifique, le traitement doit pouvoir être adapté délicatement, tout en garantissant un patient compliant ; ce qui donne parfois du fil à retordre au médecin et le met en difficulté.

« Par contre, la prise en charge chronique de ces patients-là et l'adaptation médicamenteuse sur le long terme, je ne me sens pas du tout à l'aise. Je n'en ai pas beaucoup rencontré. » MG2

« Ça a toujours été un peu flou pour moi car ce sont toujours des patients avec pleins de pathologies et pas mal de médicaments. Petit à petit, je fais un peu à ma sauce mais il est vrai que je n'en ai pas assez que pour être à l'aise à 100%. Dans tous les cas, c'est une pathologie assez complexe à gérer. » MG5

« Pour le traitement, il faut pouvoir jongler tout en assurant une compliance du patient, ce qui n'est pas toujours gagné. » MG8

1.3 Un médecin, c'est comme le bon vin. Ça s'enrichit avec les années

Néanmoins, nous constatons qu'avec l'expérience et les années de pratique, une aisance peut s'installer.

« (...) *ma pratique sont mes habitudes. Est-ce que mes habitudes font partie des guidelines, j'espère.* » MG4

« *Oui et non. Oui car c'est assez fréquent donc les habitudes sont vite là. Non parce que ça peut vite dégénérer. C'est une balance difficile à équilibrer par moment. Mais, en même temps, cela fait partie du quotidien, donc, il faut bien pouvoir les gérer.* » MG3

1.4 Le cardiologue et ses doigts de fée

En toute humilité, les médecins reconnaissent que le soutien du cardiologue est précieux.

« (...) *mais je suis conscient qu'on a tout de même besoin de l'expertise des cardiologues et leur échocardiographie.* » MG7

2. La gestion de la maladie

2.1 La prévention primaire, restons optimistes

Malheureusement, nous constatons qu'il n'y a pas de dépistage systématique mis en place pour l'insuffisance cardiaque, en médecine générale ; ce qui est illusoire, au vu du manque de temps et de confrères sur le marché. Généralement, le patient arrive avec des plaintes et c'est à ce moment que le médecin creuse. Mais, ne soyons pas trop défaitistes. Nous avons quand même remarqué qu'une grosse partie des médecins faisaient certaines choses durant l'anamnèse et l'examen clinique de base, qui rentrent dans la prévention cardiovasculaire : prendre les paramètres, vérifier les œdèmes malléolaires, ausculter le cœur et les poumons, demander la présence d'orthopnée, de dyspnée à l'effort ou de dyspnée prolongée. Certains proposent même d'aller voir le cardiologue s'ils ont certaines comorbidités.

« *Je demande régulièrement s'il a les jambes qui gonflent. Je fais attention à l'auscultation et la tension.* » MG1

« (...) *chez les patients qui ont beaucoup de comorbidités, je conseille parfois d'aller chez le*

cardio. Comme mon maître de stage dirait : "le corps c'est comme une voiture, on va à l'entretien avant d'avoir des problèmes". Donc, chez ces patients polypathologiques, ça vaudrait la peine. » MG2

« (...) ce dont j'aime beaucoup parler et insister, c'est l'activité physique. Cela est important à faire pour pleins de pathologies et à ce moment-là, je demande quand même s'ils ne sont pas trop essoufflés. » MG5

« (...) demander s'il n'y a pas d'orthopnée ou un essoufflement à l'effort plus intense ces derniers temps. » MG8

Il est aussi possible que le patient se présente chez le cardiologue pour tout autre chose et que celui-ci repère de l'insuffisance cardiaque asymptomatique.

« (...) chez les patients qui ont beaucoup de comorbidités, je conseille parfois d'aller chez le cardio. Comme mon maître de stage dirait : "le corps c'est comme une voiture, on va à l'entretien avant d'avoir des problèmes". Donc, chez ces patients polypathologiques, ça vaudrait la peine. » MG2

« (...) quand je vois un gros hypertendu et fumeur, celui-là, je me pose quand même des questions et j'essaie qu'il ait un bilan cardio. » MG4

S'il fallait faire un peu plus de dépistage, les médecins ne feraient pas cela au patient « tout-venant » mais plutôt au patient hypertendu, diabétique, avec des antécédents cardiovasculaires (angor, valvulopathies, etc.), avec des antécédents pulmonaires (ex. : BPCO), obèse ou encore tabagique. Certains feraient aussi attention à la personne âgée, aux antécédents familiaux, l'insuffisance rénale, l'alcoolisme ou encore les troubles thyroïdiens. Une chose est sûre, c'est que personne ne compte utiliser le dosage du NT pro-BNP dans sa pratique, pour améliorer le dépistage de l'insuffisance cardiaque.

« Non, ça a un certain coût. » MG1

2.2 Un diagnostic brumeux et troublant

Globalement, le ressenti que les médecins généralistes ont par rapport au diagnostic, est plutôt pessimiste que positif. La clinique n'est pas toujours spécifique, ce qui les déroutent dans certains cas. Le manque de clarté ne les met pas forcément à l'aise face à la pathologie et son diagnostic.

« (...) on peut vite passer à côté. Maintenant, j'essaie de faire très attention quand je n'ai pas tous les points d'appels. » MG 3

« Ce n'est pas toujours facile à diagnostiquer. Parfois, on peut hésiter avec de la bronchite chronique ou de l'asthme. J'ai déjà eu le cas où (...) j'avais du wheezing à l'auscultation et finalement c'était de l'asthme cardiaque et le seul traitement qui avait fonctionné, c'était une ampoule de Lasix. » MG7

« Les symptômes ne sont pas spécifiques donc ce n'est pas toujours évident et clair. » MG9

Deux médecins ont tout de même exprimé leur facilité à diagnostiquer la pathologie.

« En général, je n'ai pas de difficultés. » MG4

2.3 Les NT pro-BNP, un appui pertinent

A la moindre hésitation, les médecins peuvent se fier au dosage sanguin de NT pro-BNP, pour poser le diagnostic.

« En cas de grosse suspicion, oui. Surtout, si j'hésite avec un autre diagnostic. Encore une fois, vu le prix, il me faut assez d'éléments. Surtout, si j'envisage de l'envoyer chez le cardiologue, alors là je le fais d'office car les cardiologues aiment avoir ce dosage. » MG1

« C'est facile et rapide. Ça permet d'exclure formellement, si c'est négatif. Il y a juste le coût qui m'embête un peu. » MG8

2.4 What else ? De la théorie à la pratique

En plus de l'échographie cardiaque, les guidelines proposent la radiographie de thorax et l'ECG, pour aider le médecin dans son diagnostic. En pratique, ces recommandations sont rarement respectées. Chacun fait un peu à sa guise et selon ses habitudes.

« Pour l'ECG, je l'utilise oui. C'est pour voir s'il n'y a pas autre chose derrière, comme une cardiopathie ischémique. Si le problème est déjà connu non. (...) La radiographie du thorax, je ne la fais pas d'emblée. C'est surtout pour voir s'il y a une cardiomégalie mais cela, on peut le voir à l'échocardiographie. Pour les râles, on n'en a pas vraiment besoin puisqu'on les entend à l'auscultation. » MG1

« L'ECG, c'est pas mal pour voir éventuellement la cause. (...) Je ne fais jamais de radio de thorax parce que (...) les patients ne veulent jamais aller à l'hôpital. Donc les envoyer pour voir la cardiomégalie, on ne les aura jamais. » MG4

« Par contre, pour l'ECG, je n'en fais jamais. Quand il y a de la tachycardie, je fais parfois. Mais je ne base pas mon diagnostic sur base de l'ECG car les signes ne sont pas toujours faciles à voir. (...) Pour la radiographie de thorax, je n'en fais jamais faire. » MG7

2.5 « Perdre ses illusions vous allège »

Concernant la gestion d'un patient au stade palliatif, nous récoltons une opinion partagée. Certains révèlent que l'étape palliative n'est pas toujours facile à gérer tandis que d'autres dégagent un sentiment de lâcher-prise. Être confronté à la mort n'est jamais positif, mais les médecins ne se mettraient-ils pas encore trop la pression à ce moment-là ? Certes, il faut garder ce « souci de bien faire » pour éviter un départ douloureux mais, se dire simplement que notre seul objectif à ce moment-là, est de soulager le patient, ne pourrait-il pas éviter les tracas inutiles ?

« Ça reste des cas compliqués (...). Ces patients-là, on n'est jamais l'aise. (...) on peut vite mal faire. On peut vite perdre le contrôle. » MG3

« (...) au final on ne se tracasse plus. On veut juste le confort du patient, (...) qu'il ne s'encombre pas (...). On veut juste qu'ils meurent confortablement. (...) on va les voir quand même plus régulièrement, plusieurs fois par semaine. » MG4

Nous constatons que les médecins qui tendent vers cette philosophie de légèreté, mise au préalable en commun avec le patient, trouvent cela peu compliqué et parviennent à gérer correctement les fins de vie.

« De toute façon, j'en parle toujours avec le patient et la famille car c'est eux les principaux concernés. Parfois, ils peuvent être un peu trop dans l'acharnement et j'essaie de bien leur expliquer et de se détacher un peu car le patient n'est de toute façon pas éternel. J'insiste sur le fait que s'acharner, ce ne sera pas pour son bien. Il ne sera pas dans de bonnes conditions pour terminer sa vie. » MG5

« On veut juste soulager le patient (...). On ne se casse plus la tête et pour moi, je ne trouve pas ça super compliqué à gérer. » MG9

En revanche, il arrive régulièrement qu'un médecin soit appelé pour un patient en soins palliatifs, lorsqu'il est de garde. Et là, le challenge est différent.

« Après, un patient n'est pas l'autre. Quand c'est en urgence ou en garde, c'est très difficile parce qu'on n'a pas le temps de voir venir les choses. » MG4

« Quand c'est les miens et que je les gère depuis le début, ça va encore mais sinon oui, c'est compliqué. Le pire, c'est quand on est de garde et qu'on ne connaît pas le patient. Ça arrive quand même régulièrement, et c'est toujours la nuit ou le week-end que ça ne va pas. (...) Je trouve que les réévaluer régulièrement permettrait que ça se passe mieux. » MG5

3. La formation

3.1 Les guidelines, le MUST, mais...

Chaque année, l'ESC révisé les guidelines qu'ils établissent, notamment celles écrites pour l'insuffisance cardiaque. Force a été de constater qu'elles sont très peu lues par les médecins généralistes, voire jamais. Ces derniers ont soulevé la lourdeur de ces recommandations, qui ne reflètent pas toujours la réalité de terrain. Le temps obligeant le médecin à mettre des priorités dans son travail, celui préfère mettre à jour ses connaissances autrement.

« C'est le manque de temps qui m'empêche de faire ça et peut-être l'envie aussi car c'est assez lourd. » MG5

« (...) je n'ai pas le temps et je trouve que ce n'est pas toujours en lien avec la réalité de terrain. » MG9

3.2 Se mettre au goût du jour

Bon nombre d'autres moyens sont mis en place pour aider les médecins généralistes à être informés des nouvelles recommandations : conférences, réunions entre confrères, plateformes sur internet, délégation, etc. Les habitudes que les cardiologues donnent via les rapports médicaux ou les avis donnés sont également une source très appréciée de la pratique ambulatoire.

« Je vais dans le CBIP. (...) tout ce qui est conférence de cardio ou les journées de la SMG sur la cardio, ce seront des choses qui me parleront plus aussi. Une autre source, ce serait simplement l'avis des spécialistes pour me former. Plusieurs situations cliniques feront que tu prends un peu le pli et que tu comprends comment ça marche. » MG2

« (...) les délégués sont là pour nous donner les dernières infos. (...) les formations continues (...) c'est toujours très intéressant. (...) Clairement, voir ce que les spécialistes font aide beaucoup aussi. » MG3

« (...) des plateformes comme Uptodate. Il y a aussi les GLEM/Dodeca, les rapports des cardiologues et leurs habitudes en consultation. » MG4

« (...) ce qui m'aide quand même bien, c'est de discuter avec mes collègues des cas et du coup, on est plusieurs à réfléchir. » MG6

3.3 Les recommandations et ses nouveautés

En parlant de se mettre à la page, de nouvelles recommandations concernant le traitement ont été établies. Une majorité des intervenants mentionne être plus ou moins au courant pour les iSGLT-2, sans pour autant être à l'aise sur le reste du traitement de base, déjà connu.

« Oui, via les délégués et les nouveaux patients. » MG1

« Pour les iSGLT-2, je le sais par les délégués qui m'en ont informé et via une réunion avec un cardio du CHR. Pour l'instauration plus rapide et les 4 d'emblée, pas vraiment. Pour l'Entresto, je n'ai pas vraiment d'expérience. » MG3

« Je ne savais pas tout à fait. Je pensais qu'ils gardaient les iSGLT-2 pour les cas les plus compliqués. » MG4

« Oui, grâce à la formation qu'on a eu la semaine passée. Deux cardiologues sont venues parler de l'insuffisance cardiaque et sa prise en charge. Je sais maintenant les nouvelles recommandations médicamenteuses. Elles ont été très claires et c'est plus frais dans ma tête. » MG5

Deux médecins ont tout de même affirmé ne pas être correctement informés sur cette dernière classe médicamenteuse.

« (...) je ne savais pas. Je pensais qu'il y avait encore des paliers à respecter (...). Pour l'iSGLT-2, pour moi, il venait un peu en 4^e ligne. » MG2

« C'est vraiment loin pour moi. Pour les iSGLT-2, je n'étais pas du tout au courant. » MG6

4. Dans la pluridisciplinarité, chacun est complémentaire de l'autre

« La pluridisciplinarité consiste à aborder un objet d'étude selon les différents points de vue de la juxtaposition de regards spécialisés. Il s'agit ainsi de faire coexister le travail de plusieurs disciplines à un même sujet. L'objectif de la pluridisciplinarité est ainsi d'utiliser la complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution d'un problème ²². »

4.1 À deux, on est plus fort !

Se référer au cardiologue est essentiel dans la prise en charge des insuffisants cardiaques. Un suivi rapproché paraît impératif pour tous les médecins que nous avons interrogés. Il faut pouvoir profiter de leur expertise et des outils peu invasifs auxquels nous avons accès.

« Il y a 35 ans, je ne l'aurais pas fait si vite mais comme maintenant, on a cet outil-là et les pro-BNP, il faut référer d'office et rapidement. » MG7

« Et, moi je suis vraiment pour le suivi chez cardiologue, de manière assez rapprochée. Pour moi, cela est indispensable. » MG5

Premièrement, ils sont indispensables car ce sont eux qui bénéficient de l'échocardiographie. Cet outil nécessaire au diagnostic et au suivi du patient, notamment par le contrôle de la fraction d'éjection du ventricule gauche, n'est pas accessible en médecine générale. En effet, on ne fait bien que ce qu'on fait régulièrement ; il est donc logique que

cet examen leur soit réservé puisqu'il fait partie de leur routine. Pour ce qui est du traitement, ce sont eux qui sont le plus à jour et qui connaissent le mieux le fonctionnement et l'efficacité des molécules utilisées.

« Souvent, ils sont quand même vite référés pour avoir l'échographie de confirmation. » MG4

« J'aime avoir un suivi annuel pour les patients connus, simplement pour revoir le traitement et contrôler la fraction d'éjection à l'écho. » MG8

Deuxièmement, si la découverte se fait « de novo », un bilan est intéressant à faire.

« Après, la cause de l'insuffisance cardiaque fait que d'office ils ont un rendez-vous chez le cardiologue. » MG4

« Si c'est de novo, d'office pour avoir un bilan avec une échographie. » MG6

Troisièmement, leur aide réduit la fréquence des hospitalisations et l'urgence dans laquelle cela peut parfois être fait.

« C'est quand même mieux de les envoyer pour éviter une hospitalisation en urgence. » MG6

Enfin, comme énoncé plus haut, les médecins généralistes respectent leur soutien et leur réassurance.

« (...) pour moi, il est impératif que ces patients aient un suivi chez le cardiologue. » MG2

« J'aime bien être épaulé par eux. Ça me rassure, (...) vu que c'est eux les plus au courant (...).

» MG9

4.2 « Allô, Docteur ! »

Il arrive que des patients âgés ne souhaitent plus se rendre à l'hôpital pour subir un examen ou avoir un suivi chez un spécialiste. Les volontés du patient doivent alors être respectées.

« Par contre, en maison de repos, ils n'ont souvent plus envie d'aller à l'hôpital donc là, on se débrouille sans le cardiologue. » MG4

« (...) si ce sont des personnes qui ne souhaitent plus aller à l'hôpital, alors je me débrouille sans. » MG8

Néanmoins, la communication interprofessionnelle est solide et les médecins sont formels à ce sujet. Tous ont créés leur « réseau » dynamique et plusieurs solutions leurs sont offertes : disponibilité par téléphone (appels ou sms), envoi d'ECG en urgence, possibilité de rendez-vous semi-urgents, numéro de garde permanent. Nous avons constaté qu'au fil des années, la collaboration s'est améliorée et des habitudes s'installent pour chacun, ce qui facilite, au besoin, la prise en charge en ambulatoire.

« (...) j'ai quelques contacts avec qui c'est facile et avec qui j'ai l'habitude de collaborer. »

MG2

« (...) en général oui, il n'y a aucun souci pour les joindre, avoir un rendez-vous urgent ou avoir un conseil par téléphone. » MG4

« (...) l'équipe est hyper dynamique et cela devient de plus en plus facile. Au début, je n'osais peut-être pas me référer à eux mais avec le temps, j'ai de plus en plus facile. Puis, on a un cardiologue qui vient à la maison médicale et ça, ça facilite. Maintenant que j'ai 2-3 personnes-contacts, ça aide beaucoup. » MG5

« Le secrétariat permet aussi de donner des rendez-vous semi-urgents. Le cardiologue juge le degré d'urgence et voit le patient en fonction. » MG6

La fréquence dépend mais en routine classique, les appels sont moins fréquents et les généralistes essayent de se débrouiller seuls. Deux exemples de coups de téléphone indispensables sont présentés par un médecin.

« Cela m'est déjà arrivé pour voir s'il y a réellement une indication de référer. Ou bien encore, le cardio donne ses instructions pour retarder la consultation. Il faut tout de même essayer de ne pas les surcharger, ils ont déjà beaucoup de travail aussi. » MG3

« (...) quand tout va bien, c'est qu'on fait les choses correctement. » MG4

« Je n'ai jamais eu cette habitude, mais cela pourrait tout de même être une qualité. J'ai toujours fait tout, toute seule et ça m'est resté, je n'ai pas changé cette habitude. » MG7

« (...) dans une petite dégradation, ou si le patient refuse d'être hospitalisé, ce qui peut arriver dans la région, alors je n'hésiterais pas en cas de doute. » MG8

4.3 Collaborons, coopérons

Une grande majorité des participants sont enthousiastes quant au projet déjà partiellement mis en place de « la clinique de l'insuffisance cardiaque ».

« Ainsi, le patient serait bien pris en charge. Les infirmières à l'hôpital aident bien pour ce qui est du traitement, quand on doit jongler un peu là-dedans elles sont efficaces. » MG1

« Etant donné que c'est une pathologie qui augmente depuis des années et que c'est fréquent, pour moi, c'est indispensable. Ça a tout autant sa place que le diabète. » MG6

« (...) c'est essentiel pour avoir le moins de risque d'exacerbations et que le patient se sente écouté et pas abandonné. (...) pourquoi pas, que de bénéfiques pour moi. » MG9

Il faut tout de même mettre en avant l'avis partagé de deux confrères, que certains rejoignent. Ce qui est embêtant, c'est que c'est un système qui va être mis en place à l'hôpital et que rien ne sera proposé pour la prise en charge ambulatoire.

« Oui et non. Oui parce que ça pourrait aider à la gestion optimale des soins mais ne pas limiter cela à l'hospitalier car je trouve que cela serait plus nécessaire à domicile. En général, le patient ne veut pas bouger à l'hôpital et donc cela ne servirait pas à grand-chose. Dans la région en tout cas, je ne suis pas sûre que ça prendrait. Le mieux serait de former les infirmières à domicile. » MG5

« (...) excellente idée mais ça ne devrait pas se limiter à l'hôpital. A la maison, il serait bon d'avoir des formations pour les infirmières à domicile. Ainsi, sur le terrain, ça pourrait simplifier les choses et réduire le travail dans les hôpitaux. » MG3

4.4 Les soins à domicile, un bon coup de pouce

Cela ne fait aucun doute chez personne, les équipes de soins à domicile sont plus que nécessaires à la prise en charge et au suivi de ces patients.

« (...) j'essaie que ce soit coordonné, d'avoir un carnet de liaison où on peut noter les choses. (...) elles sont présentes quotidiennement. Elles remarquent les prises de poids, elles peuvent voir les œdèmes en les lavant. De plus, les patients peuvent être vite perdus (...). » MG1

« Oui. Elles les connaissent beaucoup mieux que nous. (...) Quand un patient est plus confus,

plus essoufflé (...) elles sont bienveillantes. Les patients ne font pas toujours attention ou chez les patients déments, elles sont très utiles. » MG4

« (...) Moi je suis en maison médicale au forfait donc je vois les infirmières tous les jours et c'est vraiment top. On a des retours tous les jours de ces patients chroniques et au final, ces patients sont suivis au moins une fois par semaine. Ce qui est bien aussi, c'est de discuter avec les kinés. Ils voient vite si le patient a eu plus de difficultés à faire les exercices proposés. » MG6

« (...) En maison de repos, la communication est toujours bonne car je discute systématiquement des patients que je vois avec les chefs infirmiers. » MG7

4.5 « Help, I need somebody help ! »

L'expérience prime, une fois encore, face à la fin de vie. Mais, l'accompagnement et l'entraide allègeraient aussi. Bien évidemment, l'entraide entre confrères est la bienvenue.

« Ma propre expérience, sinon je me réfère aux services de soins palliatifs dès que je galère un peu. » MG3

« Ma propre expérience et je relis bien sûr, ce que les cardiologues proposent. » MG7

« À l'heure actuelle, ma propre expérience. Mais, au début de ma pratique, (...) je demandais des conseils à 2-3 confrères. » MG9

En effet, les équipes mobiles formées en soins palliatifs ont été citées à plusieurs reprises lors des interviews. Apporter leur savoir-faire pour maximiser le confort du patient, apaise autant ce dernier que le médecin.

« Si c'est mis en place, j'ai parfois tendance à appeler la référente des soins palliatifs pour m'aider. » MG6

« Les infirmières de soins palliatifs tout simplement. » MG8

En cas d'urgence, quand on est réellement seul et perdu, deux sources assez similaires mais intéressantes ont été citées : le livre « Aux sources de l'instant » de Cécile Bolly et le site internet « palliaguide.be ».

« (...) je m'aide beaucoup du livre « Aux sources de l'instant ». Il est super bien fait. J'ai d'ailleurs fait une photo d'une page avec un gros résumé de ce que je peux faire en urgence comme ça, je l'ai toujours avec moi et je me sens plus à l'aise. » MG5

« (...) le site « palliaguide.be » est très bien fait et m'a sauvée quelques fois. » MG8

5. Le patient à domicile

5.1 L'avoir à l'œil

Les praticiens savent que ce sont pratiquement toujours des patients avec plusieurs comorbidités, nécessitant donc, un suivi assez régulier. Ils suggèrent une visite tous les un à trois mois.

« Entre 1 et 3 mois, en fonction du type de patient, de la sévérité et de l'âge. Chez les plus âgés, j'irais max toutes les 6 semaines. » MG2

« (...) ce sont des patients avec plusieurs pathologies, ils ont donc besoin de prescriptions donc on les voit d'office tous les 3 mois. » MG4

5.2 Prendre son courage à deux mains

Il faut bien se rendre compte que pour assurer la gestion de la pathologie, il faut garantir une bonne compliance du patient. Mais, cela n'est pas toujours facile pour les deux parties. Du point de vue du médecin, les patients polypathologiques sont compliqués. Ils ont une énorme liste de médicaments et il faut aussi gérer les interactions, adapter la dose selon leur fonction rénale, etc. Ce n'est pas toujours évident de se dire quelle pathologie privilégier par rapport à une autre. Du point de vue du patient, il y a la difficulté de compréhension de leur maladie.

« Chez les patients plus âgés, où c'est un peu compliqué de gérer les médicaments, on instaure un pilulier avec les infirmières de la maison médicale. Ça diminue un peu l'autonomie du patient mais parfois, on n'a pas vraiment le choix. » MG2

« Faire des suivis de prise de sang régulier et l'encourager quand il y a du mieux. Ce sont des patients avec plusieurs comorbidités donc le suivi est impératif et permet de toujours avoir un œil sur eux. Pour moi, l'exercice physique est indispensable. (...) Je propose aussi le sport en groupe car ce n'est pas toujours évident de se motiver seul. Je propose parfois de la kiné (...).

Ce que je fais, quand le patient ne peut pas avoir un proche fiable, je propose d'emblée le passage d'une infirmière au moins une fois par semaine pour faire le pilulier et avoir un petit coup d'œil au cas où. » MG5

« Il faut pouvoir les mettre au centre de la situation aussi. Comme ça, le patient se sentira plus impliqué. » MG9

Aborder certains sujets, permet parfois de garder une compliance car on fait le maximum de notre côté. Le patient se sent important, on voit qu'on a de l'attention pour lui et parfois c'est la simple solution.

« S'auto-gérer et s'inquiéter quand ils ressentent quelque chose de différent par rapport à d'habitude. » MG3 l'alimentation. »

« J'essaye au maximum de les motiver à aller marcher un peu, dans la limite du possible bien sûr. J'insiste aussi sur la pesée régulière, (...) réduire au maximum l'alcool, le tabac et le sel. Ce à quoi il faut penser aussi, comme ce sont des personnes fragiles, c'est de vérifier leur statut vaccinal. » MG8

6. Le traitement

6.1 Quand on veut, on peut !

On remarque qu'en général, les médecins sentent plutôt à l'aise avec le traitement médicamenteux, à partir du moment où le cardiologue y participe et que le patient est stable. Entre les multiples molécules disponibles sur le marché, les mises à jour des recommandations et les dosages à adapter, le médecin ne s'y retrouve pas toujours.

« Ça dépend d'un patient à l'autre mais oui. Je sais ce que je dois mettre mais à partir du moment où ton rein commence à se décrocher et ton pro-BNP ne diminue pas aussi vite que tu ne le voudrais, là ça devient compliqué. A ce moment-là, je me dis que je vais peut-être passer un coup de fil au cardio. » MG4

« Oui, assez bien. Après, il faut toujours que le cardiologue jette un coup d'œil. » MG7

6.2 Les iSGLT-2, la nouvelle pilule bleue

Les iSGLT-2 sont une classe révolutionnaire dans le monde de la cardiologie. On en entend beaucoup parler et les études sont incontestables. Malgré les attestations qui sont encore dans les mains des cardiologues, les médecins généralistes ne verraient aucun inconvénient à les initier, vu le peu de risques qu'ils prennent. Attention tout de même, deux médecins interrogés resteraient prudents.

« Cette classe a un bon avenir. (...) Je n'aurais aucune crainte à le démarrer avant l'avis du cardio. » MG3

« Je demanderais d'office l'avis du cardiologue, avant de le mettre en place. Ou je voudrais que le patient soit revu assez rapidement. » MG9

6.3 Nous n'avons pas de baguette magique

Quand on arrive dans l'acharnement thérapeutique, le projet palliatif est à réévaluer et à discuter avec le patient et sa famille. A quel moment arrive-t-on à ce stade ? Les soignants confirment que lorsque le patient garde des symptômes ou exacerbe malgré une majoration du traitement mis en place, la fin de la vie est relativement proche. D'autres critères ont été relevés et constituent les arguments en faveur d'une attitude « NTBR » : une perte de poids, un état grabataire, une baisse de l'autonomie, une baisse de l'état général, un taux de NT pro-BNP très élevé, l'âge avancé, le nombre important de comorbidités. Néanmoins, il arrive que le patient annonce lui-même la fin de ses soins thérapeutiques.

« Quand le patient ne souhaite plus aller à l'hôpital. Quand il a beaucoup de pathologies. » MG1

« Lui je savais que ça n'irait pas car il avait une baisse de l'état général, une baisse de l'autonomie, une exacerbation des symptômes malgré l'augmentation des doses des médicaments. Ce qui m'a aussi mis la puce à l'oreille c'est le taux de pro-BNP qui était très élevé. » MG6

IV. Discussion

1. Interprétation des résultats et confrontation à la littérature

1.1 Diagnostic capricieux et gestion complexe de la maladie

L'insuffisance cardiaque est une maladie qui touche une certaine partie de la patientèle âgée des médecins généralistes. Bien que régulièrement confrontés et que pour certains, l'expérience soit un bon coup de pouce, ils ne sont pas toujours sereins face à ces patients complexes et cette pathologie à la fois fourbe et nébuleuse. La clinique est souvent imprécise et le traitement doit être adapté, avec prudence.

La sensibilité et la spécificité des signes et symptômes présents dans cette maladie chronique sont faibles. En effet, ils sont communs à d'autres pathologies, mais en association, la probabilité d'insuffisance cardiaque augmente. Une attention toute particulière doit être portée aux antécédents du patient. En effet, la présence de certains éléments rend le diagnostic d'HF plus probable ²³.

Une conséquence majeure de cela est que les médecins de première ligne n'ont pas le choix de contrôler chaque situation de manière individuelle, tout en gardant le patient intéressé, concerné et motivé. Tous les critères ne sont toujours remplis, ce qui laisse sous-entendre que c'est loin d'être évident à chaque fois. Concernant le traitement médicamenteux, le constat est le même. Quand il est mis en place et validé par le spécialiste, que le patient se stabilise est compliant, le médecin est plutôt serein. Mais il est clair que c'est un traitement complexe, composé de plusieurs molécules, qu'il faut pouvoir adapter, en mettant en jeu beaucoup de paramètres.

Par ailleurs, on a tout de même vu pas mal de progrès dans la prise en charge de ces patients. En effet, pour soutenir les médecins de première ligne et garantir un suivi correct, divers coups de pouce peuvent être donnés.

1.2 Aides disponibles pour la gestion de la maladie

1.2.1 Le dépistage

Idéalement, un dépistage systématique devrait avoir lieu, pour les patients ayant certaines comorbidités (tabagisme actif, diabète, hypertension artérielle, antécédents de maladies cardiovasculaires, etc.). Cela est illusoire, vu l'investissement qu'il faudrait faire pour que ce soit précis et optimal. Néanmoins, si le médecin est complet dans ses prises en charge, en réalisant une anamnèse et un examen clinique approfondis, il fera indirectement du dépistage : prendre les paramètres, vérifier les œdèmes malléolaires, ausculter le cœur et les poumons, ou encore, demander la présence d'orthopnée, de dyspnée à l'effort ou de dyspnée prolongée. On constate aussi que certains généralistes proposent directement une consultation chez le cardiologue, s'ils ont certaines comorbidités. Celui-ci, grâce à l'échographie, pourrait repérer de l'insuffisance cardiaque (a-)symptomatique.

Le dépistage est largement accepté dans d'autres domaines de la médecine et devrait être étudié plus avant dans l'IC. En effet, dans les lignes directrices établies par l'ESC, ils se sont concentrés sur le diagnostic et le traitement, et non sur la prévention. Ils estiment que la gestion du risque cardiovasculaire et de nombreuses maladies cardiovasculaires réduira le risque de développer une IC, qui est traité par de nombreuses autres lignes directrices ¹.

Dans la prévention primaire, il faut rechercher les facteurs de risque pour ne pas les voir apparaître. (Tableau 5) Souvent, ces facteurs de risque se conjuguent, deviennent des comorbidités et leur prise en charge est la clé de la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires chroniques, dont fait partie l'insuffisance cardiaque ²⁴. Cela rappelle la nécessité d'une approche spécifique à la multimorbidité ²⁵.

Un exemple pertinent est la carence en fer. C'est une comorbidité qui affecte environ 50% des patients atteints d'IC et engendre un pronostic plus sombre et une intolérance plus importante à l'exercice. Les études (dont l'étude AFFIRME-HF) ont montré que le traitement par perfusion de carboxymaltose ferrique était indiqué chez ces patients en raison d'une amélioration de la qualité de vie et des symptômes et une réduction des hospitalisations (sans montrer d'effet sur la mortalité) ^{26,27}.

Tableau 5 : Facteurs de risque et stratégies de prévention/correction

Facteurs de risque	Stratégies de prévention/correction
Sédentarité et obésité	Activité physique régulière, réduction du sel et alimentation saine
Alcool et tabac	Abstinence
Grippe et bactéries	Vaccins, diagnostic précoce
Hypertension, dyslipidémie et diabète de type 2	Anti-hypertenseurs, statines, iSGLT-2, perte de poids, alimentation saine et activité physique
Médicaments cardio-toxiques et radiothérapie thoracique	Surveillance de la fonction cardiaque et des effets secondaires, adaptation de la dose

La prévalence croissante de l'insuffisance cardiaque reste un problème majeur de santé publique soulignant la nécessité d'une stratégie de prévention efficace. Actuellement, nous constatons que les approches axées principalement sur l'intervention des facteurs de risque, ont entraîné une certaine réduction de l'IC d'apparition récente. Cependant, de récents rapports soulignent les difficultés à parvenir à un contrôle adéquat des facteurs de risque et montrent que les stratégies actuelles ne seront pas aussi efficaces qu'on le souhaiterait. On rentrerait alors dans un cercle vicieux : plus le patient a de comorbidités, plus il est difficile à stabiliser et il plus cela s'aggrave, plus le suivi est compliqué à assurer ²⁸.

1.2.2 Les examens complémentaires

Ce qui peut aussi guider l'équipe médicale, ce sont les examens complémentaires disponibles sur le marché : biologie sanguine avec dosage du NT pro-BNP, échocardiographie, électrocardiogramme et radiographie du thorax. Selon les habitudes, le médecin va en profiter, ou non.

Comme spécifié dans l'introduction, différents tests sont recommandés dans l'étape du diagnostic de l'HF. Un ECG anormal et un taux élevé de NT pro-BNP augmenteront très fortement la probabilité que le patient soit atteint de cette maladie chronique. À contrario, de très faibles taux de NT pro-BNP ont une haute valeur prédictive négative.

Réaliser une biologie sanguine globale permettra d'orienter le professionnel de santé en termes de diagnostic différentiel, de pronostic et de traitement à envisager. En revanche, l'échocardiographie est l'examen de référence qui, via la mesure de la FEVG, confirmera ou infirmera le diagnostic. La radiographie du thorax est l'examen sur lequel les spécialistes et

les médecins généralistes émettent plus de réserves, du fait de son utilité limitée. Elle est loin d'être indispensable et à l'heure actuelle, nous avons accès à d'autres examens moins invasifs.

En ce qui concerne le suivi chronique, les recommandations suggèrent aussi qu'un ECG soit fait annuellement pour détecter un allongement du QRS ou une arythmie. Une échographie ne sera nécessaire qu'en cas de dégradation de l'état clinique mais aussi chez les patients en HFrEF avec optimisation du traitement. Concernant le dosage du NT pro-BNP, il n'est pas recommandé de le doser régulièrement pour guider le titrage du traitement ¹.

1.2.3 La formation

Pour se mettre à jour, les médecins généralistes ne s'aident généralement pas des guidelines proposées par l'ESC. Ils utilisent d'autres moyens, plus digests, comme les conférences à thèmes. La collaboration entre confrères est aussi fortement mise à profit. Malgré cela, l'actualisation des données n'est pas toujours parfaite, ce qui renforce le sentiment d'inconfort des intervenants ²⁹.

« Des programmes de mise en œuvre sont nécessaires car il a été démontré que l'évolution de la maladie peut être favorablement influencée par l'application rigoureuse des recommandations cliniques ³⁰. Les professionnels de santé sont encouragés à tenir pleinement compte des recommandations de l'ESC dans l'exercice de leur jugement clinique, ainsi que dans la détermination et la mise en œuvre de stratégies médicales préventives, diagnostiques ou thérapeutiques. Cependant, les lignes directrices de l'ESC ne remplacent en aucune façon la responsabilité individuelle des professionnels de la santé de prendre des décisions appropriées et précises en tenant compte de l'état de santé de chaque patient. Il appartient également au professionnel de santé de vérifier les règles et réglementations applicables dans chaque pays aux médicaments et dispositifs au moment de la prescription. »

L'objectif de cette ligne directrice de l'ESC, régulièrement mise à jour, est d'aider les professionnels de la santé à prendre en charge les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque selon les meilleures preuves disponibles et de sentir ainsi plus en confiance. Cette ligne directrice fournit des recommandations pratiques fondées sur des données probantes et va faciliter la prise de décision des professionnels de la santé, dans leur pratique

quotidienne. La tâche d'élaboration des lignes directrices ESC comprend également la création d'outils pédagogiques et de programmes de mise en œuvre des recommandations comprenant des versions condensées (version de poche, diapositives/fiches récapitulatives, version électronique) ¹.

1.2.4 La pluridisciplinarité

Le sujet a déjà été abordé à plusieurs reprises et nous allons encore nous y attarder, vu son importance et son progrès à l'heure actuelle. En effet, ces dernières années, on rapporte une amélioration de la prise en charge des patients et cela serait notamment dû, au développement de la pluridisciplinarité et de la communication entre les professionnels de santé. La collaboration aide la prise en charge et les deux parties se complètent. D'un côté, le soutien des cardiologues est indispensables, car ce sont eux les experts qui peuvent évaluer la fraction d'éjection du ventricule gauche (tant pour le diagnostic que le suivi), via l'échocardiographie, qui est un moyen non-invasif. Ils sont au contact de cette pathologie quotidiennement, ce qui fait d'eux, des habitués en termes de suivi et de gestion du traitement. D'un autre côté, les médecins généralistes permettent au patient d'être suivi de manière rapprochée et d'avoir une adaptation selon son état de santé, à tout moment.

N'oublions pas d'ajouter que la collaboration avec le patient, sa famille et les autres aidants médicaux (infirmiers, pharmaciens, etc.) est importante. Depuis peu, un projet voit le jour dans certains hôpitaux, celui de la « clinique de l'insuffisance cardiaque ». Ceci est un très beau projet qui illustre bien le concept de pluridisciplinarité. Néanmoins, il serait bon de joindre le suivi ambulatoire dans tout cela. En effet, les équipes de soins à domicile sont nécessaires et doivent d'avantage être développés.

L'insuffisance cardiaque est l'une des principales causes d'hospitalisation et représente un fardeau clinique et économique important. L'objectif à long terme du traitement est d'éviter l'exacerbation de l'IC et de réduire les taux de réadmission à l'hôpital. Pour limiter cela, différentes stratégies doivent être mise en place. Premièrement, il est important de tenir compte du traitement non-médicamenteux et de faire attention à la manière dont les soins sont dispensés. Il faut aussi veiller à ce que le personnel soit spécialisé (tant pour les médecins que pour le personnel infirmier). Deuxièmement, actuellement, il est recommandé

d'utiliser un programme multidisciplinaire tout au long de la maladie (tant dans les périodes critiques que stables, ainsi que pour les stades terminaux). Ils permettent aux patients d'être identifié précocement, d'avoir un diagnostic précis, une thérapie appropriée, une éducation et un suivi étroit et adapté. Cela suggère aussi une amélioration de la médication et de l'observance diététique ^{33,34}.

Travailler en pluridisciplinarité est à la mode ; travailler en réseau est un formidable défi non seulement pour les soins palliatifs mais pour la médecine tout entière. Le critère principal de l'interdisciplinarité sera d'harmoniser les interventions de chacun face au patient, en respectant un objectif commun : le meilleur accompagnement possible pour le patient.

En revanche, travailler en groupe c'est accepter de prendre des risques, notamment en transformant sa propre pratique par interaction avec d'autres acteurs et d'autres disciplines. C'est aussi être conscient que les exigences et les difficultés liées à de telles pratiques sont nombreuses, et que la peur, principalement celle du jugement est souvent présente ^{1,31,32}.

1.3 L'étape palliative

Il n'est pas toujours facile de coller l'étiquette « stade palliatif » au patient et leur suivi n'est pas toujours évident. L'approche de la mort nous interpelle et ce sont des situations exigeantes, qui prennent beaucoup de temps mais, c'est du temps qui doit être pris. Il faut pouvoir écouter, avoir de l'empathie, anticiper, rassurer mais aussi gérer le patient et ses symptômes ainsi que les proches et leurs inquiétudes. Cela est plus facile quand on agit en fonction d'un objectif principal et commun. C'est aussi plus faisable quand on connaît le patient. La situation est plus simple car on connaît leur vécu, on sait ce qui les rend inconfortables.

On constate qu'une nouvelle fois, l'expérience facilite la prise en charge. Pour ceux qui en manquent, l'entraide pourra compenser. Par exemple, les conseils et le soutien d'un médecin référent en soins palliatifs qu'on peut facilement joindre par téléphone, sont inestimables. Dans le cadre de soins palliatifs à domicile, l'interdisciplinarité est de mise et doit se vivre au quotidien, en cherchant à harmoniser les interventions de chacun et en poursuivant un but commun : le meilleur accompagnement possible pour le patient et ses proches, en envisageant un confort maximal et non la prolongation de sa vie.

1.3.1 Chez qui y penser ?

- Déclin fonctionnel progressif et dépendance dans la plupart des activités de la vie quotidienne
- Symptômes d'insuffisance cardiaque sévère avec une faible qualité de vie malgré les traitements pharmacologiques/non-pharmacologiques optimaux
- Admissions fréquentes à l'hôpital ou autres épisodes graves de décompensation malgré un traitement optimal
- Transplantation cardiaque ou cachexie cardiaque
- Cliniquement jugé proche de la fin de la vie.

Il sera important de planifier les soins afin d'être proactif, et de communiquer de manière optimale auprès du patient et de toutes les personnes impliquées dans les soins du patient (sans oublier la famille). Cela permettra au patient d'avoir la meilleure qualité de vie possible, tout en respectant son projet de soin. Il faudra évaluer plus fréquemment les symptômes et leur apprendre à reconnaître les signes d'alerte d'une décompensation aiguë afin de réagir, en conséquence. Le cas échéant, il faut rappeler l'importance de la pesée et l'intérêt d'identifier une prise de poids rapide.

Il est aussi nécessaire de proposer au patient ainsi qu'à sa famille un soutien psychologique, selon les besoins ^{1,32}.

« Le temps, on peut toujours le trouver ou même plus simplement se le donner. »

Les soins palliatifs dans leur ensemble, et l'approche de la mort en particulier interpellent notre emploi du temps, la manière dont nous le prenons. En effet, en pratique, ces patients nécessitent du temps ; beaucoup de temps. Et, ce temps doit être pris. Au temps pour le patient, au temps pour ses proches, à celui pour les autres soignants, n'oublions pas d'ajouter du temps pour nous ! Il est indispensable, parce qu'il permet précisément la qualité de la relation avec l'autre, mais aussi la qualité de la relation avec nous-mêmes ³².

1.3.2 Un soignant aux multiples facettes

Pour procurer des soins optimaux, le médecin doit acquérir plusieurs facultés :

- Connaître son patient via l'écoute active. Il est important de bien connaître le patient. La confiance du patient et des proches dépendra souvent du temps passé à leur expliquer les causes possibles de ce qui arrive et ce qu'on fait pour améliorer la

situation. Mais, ils ne nous écouteront qui si nous avons pris le temps d'écouter leur vécu. Grâce à cela, la relation sera plus facile et authentique.

Il faut pouvoir écouter, communiquer et comprendre ce qui est le plus pénible pour eux et ce que certaines situations d'inconfort peuvent représenter (ex : le rejet de nourriture accentue souvent l'angoisse déjà présente, surtout chez les proches). Il faut être attentif aux symptômes qui sont acceptables ou non pour lui et tenter d'y adapter au mieux possible nos interventions. L'écoute, la recherche de ce qu'il craint/ imagine, est la base d'une attitude éthique, qui met le patient au centre du processus, le respecte et l'apaise ³².

- Être clair. L'angoisse est un sentiment très présent chez le patient. Délivrer des informations claires permet de l'apaiser et réduire cet état d'esprit négatif. Cette émotion est aussi présente chez les proches. Ouvrir un dialogue à propos de leurs principales inquiétudes, aborder les mythes et fausses croyances, manifester qu'on anticipe l'évolution possible et qu'on pourra adapter le traitement sont des attitudes souvent très aidantes. Cela peut aider le patient et ses proches à mieux comprendre ce qu'il se passe, à faire certains choix ^{32,35}.
- Être attentif. La perte d'autonomie ne se fait pas sans difficultés et sans souffrances, donc il faudra bien être attentif à la composante émotionnelle et psychologique des symptômes qui réduisent cette autonomie. La composante anxieuse constitue souvent un signal de détresse envoyé aux soignants. Les moments d'attention envers le patient et les proches sont souvent très apaisants.

Parfois, les patients ne parleront pas de certaines choses, car ils ont peur d'ennuyer le médecin pour un « détail » ou parce qu'il y a une forme d'atteinte à leur propre image et en sont gênés (ex. : incontinence). Il est donc judicieux de réévaluer régulièrement les habitudes du patient.

- Être disponible. Il faut prévoir du temps pour que le patient sente notre disponibilité et notre souci de l'aider. En plus, il est parfois plus important de rester près de lui, dans un souci de présence apaisante, plutôt que de vouloir à tout prix intervenir de manière plus technique, d'autant plus que dans un certain nombre de situations, on n'en a pas le temps.

- Être empathique. Face à certains symptômes il faut pouvoir montrer de l'empathie car le patient a du mal à supporter cela d'un point de vue physique et psychologique (ex. : diarrhées importantes). C'est pour eux, une expérience de non-maitrise.
- Anticiper. Le consentement informé et éclairé du patient est nécessaire et à prévoir avant d'être dans l'urgence. C'est de la responsabilité de l'ensemble des soignants d'anticiper avec les patients les thérapeutiques possibles lors de certaines situations graves. Favoriser l'expression des craintes de chacun est bien plus soutenant que d'éviter d'en parler et de contraindre les patient et les proches à les enfouir ou à les vivre dans la solitude. L'anticipation des phénomènes douloureux traduit bien le respect accordé au patient ³².

1.3.3 « Dans le cadre de soins palliatifs à domicile, l'interdisciplinarité doit se vivre au quotidien. »

L'interdisciplinarité est plus que nécessaire lors de soins palliatifs auprès d'un patient. Comme cité plus haut, ce sont des soins exigeants pour les soignants. Cela concerne entre autres la reconnaissance des compétences et des perspectives de chacun, l'accueil des limites de chacun, mais aussi le partage, avec le moins de concurrence possible, de la relation avec le patient. Dans les échanges interdisciplinaires, il faut aussi garder une cohérence entre tous les membres de l'équipe soignante : il est indispensable de prendre le temps de faire circuler les informations et de se rencontrer de manière fréquente pour éviter les incompréhensions mutuelles et les conflits. Il faut tendre vers une recherche commune de sens, afin d'être en accord avec les moyens et les objectifs que l'on se donne pour accompagner avec respect et cohérence une personne malade. Si des tensions se manifestent, celui-ci risque bien de faire de l'expérience de morcellement plutôt que celle d'unité ou de globalité dont il est tellement question dans le discours des soins palliatifs.

Nous allons citer trois exemples qui illustrent l'importance de cette collaboration :

- Un patient en soins palliatifs nécessite des évaluations fréquentes, ce qui demande beaucoup de temps. Mais nous ne sommes pas seuls. L'interdisciplinarité et le travail en réseau prennent ici tout leur sens si nous acceptons de nous impliquer.
- L'interdisciplinarité a toute son importance dans les situations aiguës avec un risque vital immédiat. Dans ces moments, certaines décisions doivent être rapidement

prises, dans le respect de l'éthique. Alors, il est nécessaire d'avoir un dialogue entre tous les intervenants. Il est certain que si ceux-ci ont pu partager leurs points de vue, la décision prise sera plus facile à comprendre et à accepter, même si certaines divergences persistent.

- L'état de dépression d'un patient en soins palliatifs est une étape qui illustre bien l'importance d'un travail d'équipe, au sein duquel on a des relais, on peut passer la main, on peut proposer une réflexion commune.

1.3.4 Les aides à la communication

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour favoriser la communication :

- Mettre en place un carnet de liaison dans lequel on partage l'information, à destination de tous les soignants. Ceci est un moyen simple et utile de faire gagner du temps à ceux qui ont l'impression de ne jamais en avoir assez. On remarque que dans ce carnet, le patient et les proches se mettent même à écrire dedans. Cela leur permet de prendre une réelle place active dans l'élaboration des soins.
- Le téléphone est une aide inestimable qu'on a parfois tendance à négliger.
- Les réunions, car c'est illusoire de travailler sans se parler. Parfois, le téléphone ne suffit pas et certaines rencontres sont indispensables.

1.3.5 Les proches

Certains symptômes sont difficiles à vivre pour les proches (ex. : confusion, crise convulsive, changement de caractère). Il faut y être attentif, les informer et leur expliquer ce qu'on peut faire pour les aider.

Il faut aussi montrer de l'empathie face à leur difficulté d'accepter de « ne rien faire » et leur impuissance. Il est tout de même essentiel de leur donner des occasions de soutien au patient malade (ex. : soins de bouche).

En revanche, il est parfois bien de rappeler que c'est le confort du patient qui prime. En effet, les proches veulent parfois prendre des décisions en faveur leur confort à eux (ex. : mettre une protection au patient afin de réduire ses allers-retours aux toilettes).

Au moment de la phase ultime, il faut pouvoir expliquer qu'à ce moment-là, la manière dont le patient vit le temps est sans doute très différente de la leur. Si elles ont apaisantes, si elles suscitent la confiance, nos paroles peuvent aider les proches à surmonter ce qu'ils croient

insupportable. La phrase « Docteur, ça ne peut plus continuer comme ça ! » est souvent un signal d'alarme, qui nécessite, non pas de la précipitation mais plutôt de l'écoute.

1.3.6 L'impuissance du soignant

Certains symptômes vont parfois nous mettre dans une situation d'impuissance, difficile à accepter. Nous devons éviter de réagir par l'une ou l'autre attitude extrême (minimiser versus acharnement thérapeutique). Un bon exemple de cela est l'hospitalisation inévitable, même si ce n'est pas le désir du patient. Il importe alors de tout faire pour qu'elle puisse être vécue comme la meilleure manière d'améliorer le confort de celui-ci, plutôt que comme un échec ou un manque d'attention à ce qu'il souhaite, tant pour lui et ses proches, que pour le médecin. Cette situation peut donc nous confronter à nos propres limites, notre impuissance et notre non-maîtrise ³⁵.

1.4 Le suivi chronique du patient

Au vu de leur état de santé complexe nécessitant des adaptations régulières, ce sont des patients qui vont être suivis couramment, en médecine générale.

Paradoxalement, c'est une partie de la maladie qui est peu étudiée. En effet, c'est un point important pour détecter la progression silencieuse de la maladie/des comorbidités et assurer un traitement continu optimal. Idéalement, le suivi clinique et biologique devrait se faire au minimum tous les 6 mois. Il devrait être plus court dans les cas où le patient est récemment sorti d'hospitalisation ou lorsqu'on change le traitement médicamenteux.

Par ailleurs, des études divergent sur le fait qu'un patient stable pourrait être simplement suivi chez le médecin traitant et plus chez le cardiologue.

Il est établi que la prise en charge des comorbidités du patient améliore le pronostic ainsi que la qualité de vie et réduit les réhospitalisations. Cela évite aussi que les comorbidités n'interfèrent avec l'optimisation du traitement.

Il existe différents modèles de programme de soins multidisciplinaire, mais aucun ne s'est avéré supérieur aux autres. En voici quelques caractéristiques importantes :

- Prise en charge centrée sur le patient et pas sur la maladie, via une équipe multidisciplinaire, compétente et spécialisée

- Prévention de la progression de la maladie et mise en place d'un suivi optimal
- Contrôle des symptômes de surcharge hydrique et comorbidités
- Maintien des patients dans leur lieu de soins préféré pour l'HF terminale avec accès aisé aux soins de santé et aux soins palliatifs
- Encouragement du patient dans la compréhension et l'autogestion de sa maladie via l'éducation au patient et le soutien psychosocial ^{1,36}.

1.5 La compliance du patient

La compliance du patient face à sa lourde pathologie est une clé supplémentaire pour garantir un équilibre. Malheureusement, c'est une ressource difficile à pourvoir pour le soignant et le soigné. En général, ce sont des patients polypathologiques, donc compliqués à prendre en charge, qui ont du mal à se comprendre, eux-mêmes. Discuter, écouter, rassurer, et en général la solution. En montrant de l'attention, le patient se sent important et soutenu, ce qui le reconforte et l'encourage à fournir des efforts pour se soigner.

Comment aider le patient à comprendre sa maladie ?

Il faut lui donner des informations individuelles et personnalisées (oralement ou par écrit), en communiquant de manière adaptée à son niveau socio-économique et éducatif. Il faudra parler à chaque moment opportun de la maladie, notamment lorsqu'une décision doit être prise ou quand le patient est en demande.

Il faut pouvoir conseiller et aider le patient au niveau de certains sujets :

- La maladie et sa trajectoire, la cause, les symptômes, le pronostic et les différentes phases possibles de la maladie
- Le traitement médicamenteux, la posologie et les effets secondaires potentiels
- L'alimentation et les boissons, l'alcool, le tabac et le sommeil
- L'immunisation contre la grippe et les pneumocoques
- Les voyages, les loisirs, la conduite, l'activité sexuelle et l'activité/le reconditionnement physique selon sa capacité physique et ses limites
- La surveillance et l'autogestion des symptômes avec d'éventuels aidants familiaux/médicaux
- les troubles psychologiques éventuels.

Il faut aussi pouvoir éduquer son patient, avec une certaine fermeté et en mettant certaines limites. Promouvoir les soins personnels et inclure le patient dans la gestion de sa maladie est fondamental ; par exemple, instaurer l'auto-ajustement des diurétiques, tout en proposant l'aide d'un membre de la famille ou d'une infirmière à domicile ^{1,23,37}.

2. Pistes d'amélioration

Une amélioration de la prise en charge du patient atteint d'insuffisance cardiaque sera rendue possible en renforçant les facteurs favorisant et en réduisant les obstacles. Des idées ont été proposées par les participants :

- Exploiter la multidisciplinarité disponible, et le faire davantage à domicile
- Pratiquer davantage au contact des personnes âgées pour améliorer leur prise en charge et prendre de l'assurance face aux insuffisants cardiaques.

La littérature a aussi relevé certaines choses peu développées et recensées lors des interviews :

- Favoriser le dépistage en vue d'un diagnostic précoce
- Améliorer la gestion des facteurs de risque et des comorbidités
- Approfondir l'utilisation des guidelines de l'ESC
- Lors de soins palliatifs, améliorer sa communication, prendre le temps et favoriser la pluridisciplinarité.

Six pistes d'amélioration ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque, en médecine générale, ont été relevées. Il serait intéressant de les mettre en application et de réévaluer leurs bénéfices et leur impact sur le patient et les soignants. Concrètement, il faudrait évaluer cela via différents indicateurs comme l'amélioration de la compliance des patients et le ressenti clinique du patient.

L'évolution de la FEVG des patients et la diminution de la morbi-mortalité pourraient aussi être des indicateurs à remettre en perspective, tout comme le diagnostic plus précoce des patients. La meilleure considération des soins à domicile est sans doute le paramètre le plus important à sonder. Ce type de données pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude qualitative, auprès de médecins généralistes mais aussi de patients, voire de spécialistes et autres professionnels de la santé.

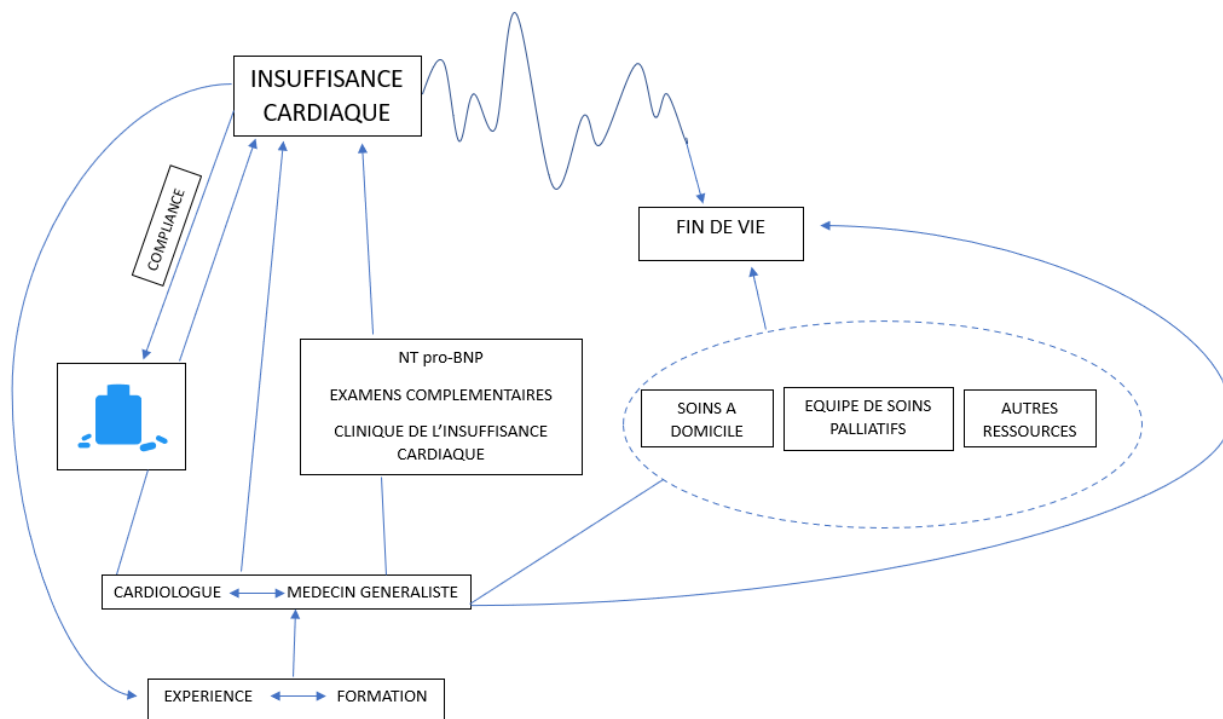


Figure 3 : Interdisciplinarité

3. Forces et biais de l'étude

3.1 Forces

Nous sommes satisfaits de l'étude qualitative que nous avons menée car au terme de celle-ci, nous avons répondu à notre question de recherche. A notre connaissance, c'est un sujet qui est peu étudié jusque maintenant, ce qui pourrait donner des idées pour les suivants. En effet, le domaine de la cardiologie est assez spécifique et pour lequel il y a besoin de pas mal de collaboration.

À propos du matériel, un nombre suffisant d'entretiens semi-dirigés ont permis d'étayer le sujet par le biais d'une analyse en trois temps : micro-analyse du matériel, analyse thématique et construction de catégories conceptualisantes. La saturation des données a été atteintes après les neuf entretiens.

Concernant la sélection des sujets, l'échantillon a été le plus varié possible en termes d'âge et de mixité. J'ai également pu préciser mon sujet en interrogeant deux cardiologues, travaillant en milieu hospitalier.

3.2 Biais

Le premier biais que nous allons aborder est celui de la sélection. Nous avons eu peu de médecins pratiquant seul. Nous avons été confrontés à un refus de la part d'un médecin solo et nous avons eu plus de facilités à trouver des médecins à interroger, dans les pratiques de groupe.

Ce biais a été renforcé par la volonté de choisir des médecins pratiquant en milieu rural. En effet, l'accessibilité aux soins est moins présente dans ce milieu, ce qui influence la pratique médicale. Nous avons aussi choisi d'interroger les médecins de la région de Beauraing, pour une question de facilité, mais aussi pour avoir uniquement des médecins travaillant en milieu rural. Les résultats auraient très probablement été différents si nous avions choisi une autre région de Wallonie.

Le deuxième biais que nous allons évoquer est le biais de méthode. Il s'agit d'une première expérience pour nous. Par conséquent, la formation et l'expérience requise pour la réalisation d'une étude qualitative peuvent engendrer un certain biais.

Enfin, nous n'avons pas interrogé de patients. Cela aurait notamment pu être un plus, pour connaître les freins à leur compliance à domicile.

VI. Conclusion

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente qui va enrichir la pratique quotidienne du médecin généraliste. Celui-ci se devra de gérer le patient de manière précise et personnalisée vu leur complexité individuelle mais aussi parce que cette pathologie engendre de grosses conséquences néfastes sur la morbidité, la mortalité, le taux d'hospitalisation.

Avant de les diagnostiquer, il devra garder ses patients à risque à l'œil car le diagnostic peut être difficile et a ses limites en termes de spécificité, ce qui pourra régulièrement le dérouter. Tout en gardant une place centrale, il ne devra donc pas hésiter à se faire épauler par les spécialistes, avec qui la communication est de plus en plus simple, et utiliser judicieusement les examens complémentaires disponibles actuellement.

Une fois le diagnostic posé, il faudra les suivre régulièrement, les éduquer et les stimuler pour garder la meilleure observance médicamenteuse possible, tout en favorisant la collaboration avec les aides à domicile disponibles (soins infirmiers, kinésithérapie, etc.), qui reste malheureusement sous-utilisée. Récemment, le développement d'une « clinique de l'insuffisance cardiaque » a été mis en place et devrait davantage être exploitée à l'avenir, pour renforcer cela.

Ces derniers mois, la pathologie et l'efficacité de son traitement complexe évoluent favorablement. Le soignant devra donc en garantir une mise à jour, notamment par le biais des guidelines de l'ESC.

Au moment de la fin de vie, il faudra, une fois de plus, faire valoir l'entraide entre professionnels de la santé, en vue de se préserver et de respecter le patient.

VII. Bibliographie

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. **2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.** *European Heart Journal*. 2021;42(36):3599-726.
2. Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, Abdelhamid CM, Adamopoulos S, Albert N, et al. **Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association.** *Eur J Heart Fail*. 2021;23(3):352-80.
3. Savarese G, Lund LH. **Global Public Health Burden of Heart Failure.** *Card Fail Rev*. 2017;3(1):7-11.
4. Ligue Cardiologique Belge. **L'insuffisance cardiaque** [En ligne]. 2020. Disponible sur: <https://liguecardiologia.be/linsuffisance-cardiaque/> [consulté le 14/04/2022]
5. Kapoor JR, Kapoor R, Ju C, Heidenreich PA, Eapen ZJ, Hernandez AF, et al. **Precipitating Clinical Factors, Heart Failure Characterization, and Outcomes in Patients Hospitalized With Heart Failure With Reduced, Borderline, and Preserved Ejection Fraction.** *JACC Heart Fail*. 2016;4(6):464-72.
6. Caraballo C, Desai NR, Mulder H, Alhanti B, Wilson FP, Fiuzat M, et al. **Clinical Implications of the New York Heart Association Classification.** *J Am Heart Assoc*. 2019;8(23):e014240.
7. Smeets M, De Witte P, Peters S, Aertgeerts B, Janssens S, Vaes B. **Think-aloud study about the diagnosis of chronic heart failure in Belgian general practice.** *BMJ Open*. 2019;9(3):e025922.
8. Mueller C, McDonald K, de Boer RA, Maisel A, Cleland JGF, Kozhuharov N, et al. **Heart Failure Association of the European Society of Cardiology practical guidance on the use of natriuretic peptide concentrations.** *European Journal of Heart Failure*. 2019;21(6):715-31.
9. Galderisi M, Cosyns B, Edvardsen T, Cardim N, Delgado V, Di Salvo G, et al. **Standardization of adult transthoracic echocardiography reporting in agreement with recent chamber quantification, diastolic function, and heart valve disease**

- recommendations: an expert consensus document of the European Association of Cardiovascular Imaging.** Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2017;18(12):1301-10.
10. CBIP. **Insuffisance cardiaque** [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/chapters/2?matches=I%E2%80%99insuffisance%7Cinsuffisance%7CL%27insuffisance%7Cd%E2%80%99insuffisance%7Cinsuffisance&frag=331> [consulté le 26/01/2023].
 11. Lambert P, Troisfontaines P. **Insuffisance cardiaque : nouveaux axes thérapeutiques.** Le Journal du Médecin. 2022;1(2720):18-9.
 12. Mullens W, Damman K, Harjola VP, Mebazaa A, Brunner-La Rocca HP, Martens P, et al. **The use of diuretics in heart failure with congestion - a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology.** Eur J Heart Fail. 2019;21(2):137-55.
 13. Rohde LE, Rover MM, Figueiredo Neto JA, Danzmann LC, Bertoldi EG, Simões MV, et al. **Short-term diuretic withdrawal in stable outpatients with mild heart failure and no fluid retention receiving optimal therapy: a double-blind, multicentre, randomized trial.** Eur Heart J. 2019;40(44):3605-12.
 14. Wachter R, Senni M, Belohlavek J, Straburzynska-Migaj E, Witte KK, Kopalava Z, et al. **Initiation of sacubitril/valsartan in haemodynamically stabilised heart failure patients in hospital or early after discharge: primary results of the randomised TRANSITION study.** Eur J Heart Fail. 2019;21(8):998-1007.
 15. Cleland JGF, Bunting KV, Flather MD, Altman DG, Holmes J, Coats AJS, et al. **Beta-blockers for heart failure with reduced, mid-range, and preserved ejection fraction: an individual patient-level analysis of double-blind randomized trials.** Eur Heart J. 2018;39(1):26-35.
 16. Kosiborod MN, Jhund PS, Docherty KF, Diez M, Petrie MC, Verma S, et al. **Effects of Dapagliflozin on Symptoms, Function, and Quality of Life in Patients With Heart Failure and Reduced Ejection Fraction.** Circulation. 2020;141(2):90-9.
 17. McMurray JJV. **EMPEROR-Reduced: confirming sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors as an essential treatment for patients with heart failure with reduced ejection fraction.** Eur J Heart Fail. 2020;22(11):1987-90.
 18. Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, et al. **Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction.** N Engl J Med. 2021; 385:1451-61.
 19. Peikert A, Martinez FA, Vaduganathan M, Claggett BL, Kulac IJ, Desai AS, et al. **Efficacy and Safety of Dapagliflozin in Heart Failure With Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction According to Age: The DELIVER Trial.** Circ Heart Fail. 2022;15(10):e010080.

20. Vanmeerbeek M, Lafontaine J-B, Felgueroso-Bueno F. **MG TFE – Pour des Travaux de Fin d'Étude (TFE) de qualité en Médecine Générale** [En ligne]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/> [consulté le 11/12/2022]
21. Paillé P et Mucchielli A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3^{ème} éd.)**. Paris: Armand Colin, 2012 :159-251.
22. **Pluridisciplinarité**. [En ligne]. 2022. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pluridisciplinarit%C3%A9&oldid=197542474> [consulté le 03/04/2023]
23. Inamdar AA, Inamdar AC. **Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization**. Journal of Clinical Medicine. 2016;5(7):62.
24. Loosen SH, Roderburg C, Curth O, Gaensbacher J, Joerdens M, Luedde T, et al. **The spectrum of comorbidities at the initial diagnosis of heart failure a case control study**. Sci Rep. 2022;12:2670.
25. Jain R, Stone JA, Agarwal G, Andrade JG, Bacon SL, Bajaj HS, et al. **Ligne directrice C-CHANGE pour l'harmonisation des lignes directrices nationales de prévention et de prise en charge des maladies cardiovasculaires en contexte de soins primaires au Canada: mise à jour 2022**. CMAJ. 2023;195(1):E21-42.
26. Ponikowski P, Kirwan BA, Anker SD, McDonagh T, Dorobantu M, Drozd J, et al. **Ferric carboxymaltose for iron deficiency at discharge after acute heart failure: a multicentre, double-blind, randomised, controlled trial**. Lancet. 2020;396(10266):1895-904.
27. Loncar G, Obradovic D, Thiele H, von Haehling S, Lainscak M. **Iron deficiency in heart failure**. ESC Heart Fail. 2021;8(4):2368-79.
28. Kotseva K, Wood D, Backer GD, Bacquer DD, Pyörälä K, Keil U, et al. **EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries**. European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation. 2009;16(2):121-37.
29. Giezeman M, Arne M, Theander K. **Adherence to guidelines in patients with chronic heart failure in primary health care**. Scand J Prim Health Care. 2017;35(4):336-43.
30. Komajda M, Cowie MR, Tavazzi L, Ponikowski P, Anker SD, Filippatos GS, et al. **Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry**. Eur J Heart Fail. 2017;19(11):1414-23.

31. Hajouli S, Ludhwani D. **Heart Failure And Ejection Fraction**. [En ligne]. 2023. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553115/> [consulté le 22/04/2023].
32. Bolly C, Vanhalewyn M. **Manuel de soins palliatifs à domicile – Aux sources de l’instant**. Neufchâteau: Weyrich Edition, 2009 : 1-304.
33. Li M, Li Y, Meng Q, Tian X, Liu R, et al. **Effects of nurse-led transitional care interventions for patients with heart failure on healthcare utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials**. PLoS One. 2021;16(12):e0261300.
34. Tsukada YT, Kodani E, Asai K, Yasutake M, Seino Y, Shimizu W. **Status of Medical Care and Management Requirements of Elderly Patients With Heart Failure in a Comprehensive Community Health System – Survey of General Practitioners’ Views**. Circ Rep. 2021;3(2):77-85.
35. Institut de cardiologie de l’Université d’Ottawa. **Insuffisance cardiaque – Guide à l’intention des patients et des familles** [En ligne].2018. Disponible sur: <https://www.ottawaheart.ca/fr/document/insuffisance-cardiaque-guide-%C3%A0-lintention-des-patients-et-des-familles> [consulté le 18/04/2023]
36. Francesconi P, Ballo P, Profili F, Policardo L, Roti L, Zuppiroli A. **Chronic Care Model for the Management of Patients with Heart Failure in Primary Care**. Health Serv Insights. 2019;12:1178632919866200.
37. Bottle A, Kim D, Aylin PP, Majeed FA, Cowie MR, Hayhoe B. **Real-world presentation with heart failure in primary care: do patients selected to follow diagnostic and management guidelines have better outcomes?** Open Heart. 2018;5(2):e000935.

VIII. Annexes

Annexe 1

PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme - ULB

Chercheur

Docteur Hannard Félicie.

Email : felicie.hannard@student.uclouvain.be

Gsm : 0474263586

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

Tuteur

Docteur Guisset Jacques .

Email : guissetj@gmail.com

Gsm : 0491225274

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?

Gestion de l'insuffisance cardiaque à domicile : analyse du ressenti, des freins et des aides mis en place via une recherche qualitative auprès de médecins de la province du Luxembourg

Discipline dont relève l'étude

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Objectif du TFE (question de recherche)

Quels positions et ressentis ont les médecins généralistes de la province du Luxembourg dans la gestion à domicile des patients atteints d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite?

Année académique de présentation du TFE

2022-2023.

Description du TFE

Sur base d'un guide d'entretien, je vais établir une recherche qualitative concernant le patient atteint d'insuffisance cardiaque que nous devons gérer à domicile. Je vais ensuite analyser mes résultats et les confronter à la littérature récente. Je verrai les forces et faiblesses de la prise en charge ambulatoire d'un insuffisant cardiaque et les solutions faciles à mettre en place pour un suivi optimal.

Résumez succinctement votre TFE (maximum 250 signes)

Description de l'insuffisance cardiaque (définition, épidémiologie...), enquête auprès de médecins généralistes de la province du Luxembourg via une guide d'entretien, récolte de résultats jusqu'à saturation de ceux-ci, analyse et synthèse de ceux-ci.

Quels sont les objectifs de votre recherche (minimum 1500 signes) ?

Via différents thèmes et quelques questions de relance :

- Quelles sont les difficultés rencontrées chez les médecins généralistes dans la prise en charge d'un patient en insuffisance cardiaque (par rapport au patient, au traitement médicamenteux, à l'éducation au patient, à la gestion multidisciplinaire...)?
- Que connaissent-ils dans les guidelines récemment mises à jour et y a-t-il une éventuelle application dans la pratique de tous les jours ? Qu'est-ce qui pousse le médecin à les appliquer et qu'est-ce qui les en « empêche » ?
- Quelles classes médicamenteuses sont prescrites et quelles posologies appliquer ?
- Que connaissent-ils des inhibiteurs du SGLT-2, nouvelle classe médicamenteuse, récemment recommandée chez ce type de patient ?
- Quelle est la place des soins paramédicaux et l'importance de la multidisciplinarité de la prise en charge ?
- La communication avec les services de cardiologie est-elle fluide et permet-elle d'améliorer la gestion des patients ?
- A quel point le médecin accorde de l'importance à l'éducation du patient ? Que mettre en place pour impliquer le patient dans sa maladie et sa prise en charge ?
- A quelle fréquence examiner et interroger le patient ?
- Quelles stratégies mettent-ils en place pour maximiser la performance de leur prise en charge ?
- Quelle est leur relation avec les soins hospitaliers et les cardiologues ?
- Au terme de cela, quelles stratégies devrions-nous mettre en place, quels points devrions-nous développer pour majorer la qualité des soins ?

- Qu'aimeraient-ils voir se mettre place dans la prise en charge non-médicamenteuse ? Seraient-ils pour un programme complet de gestion de la maladie, comme rencontré dans le diabète ou l'insuffisance rénale ? Cela permettrait-il d'avoir une gestion plus structurée ?

Avez-vous d'autres informations utiles à apporter pour permettre aux membres du GEIMG de comprendre votre travail ?

Je n'ai pas d'autres informations à communiquer

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la "Déclaration d'Helsinki", des "Bonnes Pratiques Cliniques" et de la législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. **L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de**

recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 13/08/2022

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Annexe 2

Guide d'entretien

Etude qualitative : entretien semi-directif

Etat des lieux et identification des freins et stratégies qui influencent la gestion des patients atteints d'insuffisance cardiaque, en médecine générale.

Phase d'introduction

Brève présentation du TFE et de ses objectifs au médecin interrogé ; Signature du consentement d'enregistrement audio et de la participation à l'étude.

Phase de début d'entretien

Mise en confiance du médecin interrogé

Phase de réponse

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps pratiquez la médecine générale ?
- Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

- Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?
- Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?
- Référez-vous rapidement au cardiologue ? La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

- Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?
- Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

- Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?
- Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ? Posez-vous des questions systématiques à ces patients ? Lesquelles ?
- Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

Thème 4 : diagnostic et examens complémentaires

- Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?
- Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?
- Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?
- Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

Thème 5 : traitement médicamenteux

- Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?
- Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?
- Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

Thème 6 : les iSGLT-2

- Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?
- Est-ce que vous référer le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

- Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?
- Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

- À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?
- La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ?
- Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ?
- Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

Thème 9 : l'HF avancée

- À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?
- Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?
- Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

Phase de conclusion

Remerciement de la participation du médecin ; court debriefing de l'entretien afin de s'assurer que le médecin interrogé n'a aucune autre information complémentaire à apporter.

Annexe 3

Consentement d'enregistrement audio et de participation à l'étude

Je soussigné(e) (nom et prénom),

Autorise par la présente,

Le docteur Hannard Félicie

À procéder à l'enregistrement audio d'un ou plusieurs entretiens et d'exploiter ces informations dans le cadre de la réalisation d'une étude scientifique, en vue de l'obtention de son diplôme de master de spécialisation en médecine générale à l'université catholique de Louvain.

- Ces données apparaîtront dans le travail de manière confidentielle et votre anonymat est garanti.
- En aucun cas ces informations ne seront diffusées publiquement ou vendues à des fins commerciales.
- Ces enregistrements audios seront gardés à mon domicile et seront supprimés à la fin de la réalisation de ce projet. Les verbatims seront eux présents en annexe du travail.
- Votre participation est volontaire, il est donc possible de mettre un terme à l'enregistrement à tout moment.
- Aucune rémunération n'est prévue pour la participation à cette étude.
- Vous donnez votre consentement à l'utilisation éventuelle, mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien.

Je reconnais avoir pris connaissance des différents points mentionnés ci-dessus et accepte de participer à cet entretien.

Nom :

Date :

Signature du participant :

Annexe 4 – Interviews

Interview MG1

24/02/2023 – 21 min 48 sec

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG1 : 63 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG1 : Depuis 38 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG1 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG1 : fréquemment non mais, régulièrement oui.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG1 : Oui, mais je suis conscient qu'on a tout de même besoin de l'expertise des cardiologues et leur échocardiographie. Pour ce qui est du traitement, il est assez standardisé tout de même.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG1 : Oui, puisqu'on est obligé d'avoir une fraction d'éjection pour instaurer le traitement etc. Il y a 35 ans, je ne l'aurais pas fait si vite mais comme maintenant, on a cet outil-là et les pro-BNP, il faut référer d'office et rapidement.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG1 : Oui, j'ai mon réseau. J'ai aussi des rapports de leur part, 99 fois sur 100.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG1 : Non, et je ne les lis jamais. C'est le manque de temps qui m'empêche de faire ça et peut-être l'envie aussi car c'est assez lourd.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG1 : Je suis des conférences qui sont parfois bien faites. Parfois, des firmes en organisent et cela est suffisant. Je ne lis pas spécialement de choses.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG1 : Je ne fais jamais de dépistage, j'attends toujours que le patient ait des plaintes. Je ne fais pas diagnostic systématique. Je le fais par contre pour l'angor. Quand j'ai des gens à risque et non-symptomatique, j'envoie souvent chez le cardiologue pour faire une épreuve d'effort et voir s'il n'y a pas quelque chose qui pourrait un jour leur donner un infarctus. Par contre, parfois, le cardiologue remarque l'insuffisance cardiaque à ce moment-là.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ?

MG1 : L'hypertension, le diabète, les valvulopathies, les tabagiques.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG1 : Oui, très probablement. Le seul ennui, c'est que c'est cher donc ça ne convient pas toujours à tout le monde.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG1 : Ce n'est pas toujours facile à diagnostiquer. Parfois, on peut hésiter avec de la bronchite chronique ou de l'asthme. J'ai déjà eu le cas où un patient était en pleine crise d'asthme aigu car j'avais du wheezing à l'auscultation et finalement c'était de l'asthme cardiaque et le seul traitement qui avait fonctionné, c'était une ampoule de Lasix.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG1 : La dyspnée surtout à l'effort, l'orthopnée, la fatigue, la tachycardie, le bruit de galop mais qui est rare, les crépitations pulmonaires, les œdèmes des membres inférieurs. Je fais attention aussi à la tension artérielle.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG1 : Oui, toujours pour le NT pro-BNP. Par contre, pour l'ECG, je n'en fais jamais. Quand il y a de la tachycardie, je fais parfois. Mais je ne base pas mon diagnostic sur base de l'ECG car les signes ne sont pas toujours faciles à voir.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG1 : Dans la biologie sanguine, je fais un cofo avec la fonction rénale et l'ionogramme. Pour la radiographie de thorax, je n'en fais jamais faire.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG1 : Oui, assez bien. Après, il faut toujours que le cardio jette un coup d'œil.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG1 : les 4 piliers classiques avec les diurétiques en aigu pour les dépléter. J'ai une facilité à mettre en place les IECA et les BB bien sûr. Si on veut l'Entresto, on a besoin du cardio donc il faudra d'office prévoir une consultation. Ce sont quand même eux, les experts là-dedans.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG1 : Oui, je suis bien au courant des 4 piliers du traitement de l'insuffisance cardiaque. J'ai récemment eu une petite formation proposée par un délégué.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG1 : C'est une très bonne classe et je n'hésite pas du tout à les instaurer moi-même car les cardiologues ont l'air assez unanimes sur cela.

F : Est-ce que vous référer le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG1 : Cela m'est déjà arrivé de leur faire moi-même. Parfois, on a une ancienne fraction d'éjection dans le dossier donc là je le fais moi-même. Après, pour le remboursement, on a besoin de nouveau du cardiologue, sauf si le patient est diabétique ou en insuffisance rénale et qu'il rentre dans les critères par le biais d'une de ces deux pathologies.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?

MG1 : On connaît les gens et leur caractère. Donc, on essaie de s'adapter à eux mais il faut bien leur faire comprendre qu'ils doivent respecter certaines règles sinon ils n'iront pas bien. Après, il y a des gens qu'on ne change pas.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG1 : La perte de poids et le régime sans sel. J'essaie pousser à l'activité physique mais je ne me fais pas d'illusion. Donc, le traitement médicamenteux reste hyper important à suivre et ça, en général, il n'y a pas trop de problème.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG1 : tous les 3-4 mois en général, s'il est stable. S'il ne l'est pas, je les revois plus rapidement. Souvent, ils ont d'autres comorbidités à surveiller donc c'est assez respecté.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG1 : Non. Un peu comme ce matin où j'ai dû adapter le traitement d'un patient parce qu'il était en hypotension. J'ai supprimé temporairement la spironolactone et je surveillerai par moi-même comment il réagit à cela. Après, je ne prends pas non plus régulièrement d'avis par la simple et bonne raison que je n'aime pas téléphoner. Je n'ai jamais eu cette habitude, mais cela pourrait tout

de même être une qualité. J'ai toujours fait tout, tout seul et ça m'est resté, je n'ai pas changé cette habitude.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ? Les trouvez-vous importantes dans la prise en charge de ces patients ?

MG1 : Oui, elles sont indispensables pour ces patients. Après, au niveau de la communication, même chose. En maison de repos, la communication est toujours bonne car je discute systématiquement des patients que je vois avec les chefs infirmiers. A domicile, moins. Parfois, il y a un carnet et j'écris de temps en temps mais je communique moins. Après, elles sont nécessaires pour l'administration des médicaments, pour aider les patients à faire leur toilette etc.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG1 : Je suis mitigé. J'ai déjà vu cela avec 2-3 patients. Il y a 25 ou 30 ans, j'ai suivi une formation sur l'insuffisance cardiaque à Woluwe. Et à la fin, ils avaient terminé par proposer ce genre de service dont des infirmières à domicile. Cela avait été la huée dans la salle car c'était l'université qui envoyait encore leurs employés pour faire ça. On leur avait dit « d'accord mais la nuit aussi ». A l'époque, il n'y avait pas encore tous les systèmes de garde et on trouvait cela un peu facile de prendre le boulot chez les médecins généralistes en journée, et puis la nuit, on devait se débrouiller. Je pense que ça ne me dérange plus maintenant mais quand on fait des modifications sans qu'on le sache, ce n'est pas toujours très facile à gérer et à accepter. Deux médecins ne sont pas toujours d'accord l'un avec l'autre donc on risque parfois d'avoir des conflits. A l'heure actuelle, je ne suis pas sûre que le discours serait le même au vu de la surcharge de travail actuelle.

Ce qui m'embête un peu aussi dans ce genre de prise en charge, c'est qu'on va sans doute avoir un peu plus de paperasse et moins de médical pur comme par exemple, lire les rapports des infirmières etc. Je suis encore de l'époque où le médecin généraliste était la référence et s'occupait de tout.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG1 : A partir du moment où ils ont un traitement maximal et bien suivi, qu'on doit parfois lui donner de l'oxygène et que le cardiologue est coincé, alors je commence à temporer. Quand il a aussi passé l'âge de la greffe cardiaque, cela devient difficile. A un certain moment, on sent que le curatif rejoint le palliatif et là on traite comme on peut sans s'exciter, tout en prévenant le patient.

F : Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG1 : Je me sens plutôt à l'aise. J'essaie de soulager leur dyspnée avec les diurétiques, pour moi c'est le principal point.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG1 : Ma propre expérience et je relis bien sûr, ce que les cardiologues proposent.

Interview MG2

08/02/23 – 35 min 7 secondes

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG2 : 28 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG2 : Depuis 3 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG2 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG2 : J'en vois quand même assez régulièrement, toutes les semaines. Surtout en maison de repos, il y en a beaucoup comme ce sont des personnes âgées.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG2 : Au niveau du diagnostic, oui. Par contre, je suis moins à l'aise dans le suivi. Quand je reçois des rapports de cardiologues qui me parlent de la fraction d'éjection etc. Ce sont des choses avec lesquelles je me sens moins à l'aise. Ca reste un domaine complexe.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG2 : Si c'est de novo, d'office pour avoir un bilan avec une échographie. C'est quand même mieux de les envoyer pour éviter une hospitalisation en urgence.

F : La communication est-elle facile avec les services de cardiologie ?

MG2 : Oui, les cardiologues sont assez joignables. On sait même parfois leur envoyer un ECG par message donc ils savent facilement nous aiguiller. Le secrétariat permet aussi de donner des rendez-vous semi-urgents. Le cardiologue juge le degré d'urgence et voit le patient en fonction.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG2 : Non, je les ai lues en vitesse récemment car je me posais des questions par rapport à une patiente difficile à gérer ces derniers jours. Sinon, je ne les ai jamais lues à tête reposée. C'est peut-être un peu le manque de temps qui fait que je ne les ai pas lues mais ce qui m'aide quand même bien, c'est de discuter avec mes collègues des cas et du coup, on est plusieurs à réfléchir.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG2 : L'année passée, je voyais pas mal de délégués qui m'aidaient un peu. Sinon, je vais directement sur internet, checker sur les plateformes.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG2 : Parfois, ça m'arrive. Récemment, vu les IVRS très fréquentes, je pose parfois des questions concernant la dyspnée. J'essaie de creuser comment leur dyspnée était avant l'infection aiguë. J'essaie de stadifier avec les grades NYHA. Je pose ces questions surtout chez les patients à risque.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ? Posez-vous des questions systématiques à ces patients ? Lesquelles ?

MG2 : les patients âgés, l'obésité, l'hypertension artérielle.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG2 : Ce qui me retient, c'est le prix. Donc, non je ne pense pas. Si j'ai une petite suspicion chez un patient avec des risques, je le ferais peut-être.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG2 : Oui, je n'ai, en général, pas de difficultés.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG2 : je demande s'il y a de la dyspnée à l'effort/au repos, de l'orthopnée, s'il y a de la fatigue un peu soudaine, de la faiblesse. Je regarde s'il a des grosses jugulaires et un éventuel reflux, je fais une bonne auscultation cardiopulmonaire (voir s'il y a des crépitations aux bases), et je regarde s'il y a des œdèmes des membres inférieurs.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG2 : Oui d'office pour les NT pro-BNP. Par contre, je n'ai jamais fait d'ECG dans le cadre de l'insuffisance cardiaque.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG2 : Je fais une prise de sang (fonction rénale, ionogramme, LDH, CK, cofo, CRP. Je ne fais pas la troponines systématiquement). Je ne ferais pas d'emblée une radiographie de thorax, mais ça pourrait être bien de le faire.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG2 : Pas vraiment. Je suis un peu perdu.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG2 : Mettre des diurétiques, des BB. Le reste, je ne sais vraiment pas ce qu'il faut faire. Je laisse plutôt ça au cardiologue. Mais après, pour gérer les dosages, je n'ai pas de souci.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations (instauration des 4 classes, le plus rapidement possible, en hospitalier, on passe même directement à l'Entresto, sans passer par un IECA ou un sartan) ?

MG2 : Non, pas du tout. C'est vraiment loin pour moi. Pour les iSGLT-2, je n'étais pas du tout au courant.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG2 : Je ne sais pas répondre comme je n'étais pas au courant.

F : Est-ce que vous référer le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG2 : Je ne sais pas répondre.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?

MG2 : J'essaie de bien expliquer la maladie. Je leur fais un peu peur en leur disant que s'ils ne prennent pas leur traitement, ils vont moins bien respirer et vivre moins bien.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG2 : Je leur dis de bien garder une petite activité physique, qui est adaptée à leur capacité, pour qu'ils n'exagèrent pas. J'insiste aussi sur le régime hyposodé. Je pense qu'il y a beaucoup d'autres choses mais il y a tellement de sujets à aborder en médecine générale que cela est difficile.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG2 : En général, une fois par mois.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG2 : Oui parfois, mais cela n'est pas régulier. J'essaie de me débrouiller seul.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ?

MG2 : Pour le suivi plus régulier, c'est vraiment bien. Moi je suis en maison médicale au forfait donc je vois les infirmières tous les jours et c'est vraiment top. On a des retours tous les jours de ces patients chroniques et au final, ces patients sont suivis au moins une fois par semaine. Elles savent vite voir si le patient a les jambes qui gonflent, c'est pratique. Ce qui est bien aussi, c'est de discuter avec les kinés. Ils voient vite si le patient a eu plus de difficultés à faire les exercices proposés.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ?

MG2 : Oui, ce serait une bonne idée. Etant donné que c'est une pathologie qui augmente depuis des années et que c'est fréquent, pour moi c'est indispensable. Ça a tout autant sa place que le diabète.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG2 : J'ai justement eu un patient qui est décédé il y a quelques semaines. Lui je savais que ça n'irait pas car il avait une baisse de l'état général, une baisse de l'autonomie, une exacerbation des symptômes malgré l'augmentation des doses des médicaments. Ce qui m'a aussi mis la puce à l'oreille c'est le taux de pro-BNP qui était très élevé.

F : Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG2 : Cela dépend, parfois j'ai quand même besoin d'aide.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG2 : Si c'est mis en place, j'ai parfois tendance à appeler la référente des soins palliatifs pour m'aider. Je m'aide aussi simplement d'internet, 2-3 sites sont très bien fait.

Interview MG 3

21/12/22 - 30 min

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG3 : 26 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG3 : Depuis 2,5 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG3 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG3 : J'en rencontre de temps en temps. Mais, en tant qu'assistante je n'ai pas encore beaucoup beaucoup de patients chroniques, donc j'ai déjà rencontré quelques fois mais c'était plus souvent des insuffisances cardiaques décompensées. Il est vrai que je n'ai pas beaucoup d'expérience là-dessus.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG3 : Dans la gestion du patient aigu, je crois que ça va encore parce qu'au final, c'est une clinique typique avec une auscultation typique que je confirme principalement par une bio. Puis, je mets des diurétiques et donc ça je trouve que c'est assez facile. Par contre, la prise en charge chronique de ces patients-là et l'adaptation médicamenteuse sur le long terme, je ne me sens pas du tout à l'aise. Je n'en ai pas beaucoup rencontré.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG3: Oui, pour moi, il est impératif que ces patients aient un suivi chez le cardiologue.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG3 : Oui, j'ai quelques contacts avec qui c'est facile et avec qui j'ai l'habitude de collaborer.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG3 : Je connais l'ESC mais c'est vrai que je n'ai jamais consulté les guidelines sur l'insuffisance cardiaque. Je pense que j'ai reçu un petit livret à une conférence sur cela. Je manque de temps pour revoir ce genre de choses.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG3 : Je vais dans le CBIP. C'est une source que j'utilise beaucoup. Je pense qu'ils font quand même des guidelines sur la cardio. Ce qui est bien c'est que c'est belge donc ils parlent des médicaments que nous utilisons quotidiennement. Plus tard, dans ma pratique qui va avancer après l'assistanat, j'aurais de plus en plus de patients chroniques donc je pense que tout ce qui est conférence de cardio ou les journées de la SMG sur la cardio, ce sera des choses qui me parleront plus aussi. Actuellement, les sujets ne me parlent pas toujours car je ne suis presque pas de patients qui ont cela. Mais, je pense que cela va changer.

Une autre source, ce serait simplement l'avis des spécialistes pour me former. Plusieurs situations cliniques feront que tu prends un peu le pli et que tu comprends comment ça marche.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG3 : Actuellement, non. Après, peut-être que je changerai au cours de ma pratique. Après, si j'avais des patients chroniques, je ne pense pas que je leur demanderais à chaque fois s'ils ont de la dyspnée par exemple. Après, parfois, chez les patients qui ont beaucoup de comorbidités, je conseille parfois d'aller chez le cardio. Comme mon maître de stage dirait : "le corps c'est comme une voiture, on va à l'entretien avant d'avoir des problèmes". Donc, chez ces patients polypathologiques, ça vaudrait la peine. Parfois, quand ils vont chez le cardio sans plainte, on se rend compte qu'il y a un début d'insuffisance cardiaque.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ?

MG3 : L'hypertension, le tabac, l'obésité, le diabète, le patient vasculaire, la présence d'ATCD familiaux.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG3 : Je ne le ferais pas, notamment pour une question de coût. Je préférerais envoyer chez le cardio et avoir un dépistage clinique que de faire ça.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG3 : Au début, j'ai l'impression que le tableau il est un peu subaigu et pas clair du coup, on remet ça sur autre chose (le tabac, la vieillesse). Et donc, quand on y pense, c'est que cliniquement, on est déjà avancé. Je dirais que je ne suis pas franchement à l'aise.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG3 : La dyspnée, l'orthopnée. Pour l'examen clinique, ce sont les OMI, une tachypnée, des crépitants aux bases.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ?

MG3 : Oui. J'attends la confirmation, tout en faisant une bio générale (fonction rénale, cofo, enzymes hépatiques). Puis, j'envoie tout doucement chez le cardio.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG3 : A priori, pas de radio de thorax. Peut-être un ECG si je suspecte quelque chose car le patient se plaint. Par exemple, si je suspecte un infarctus car il a des douleurs thoraciques, là je ferai un ECG.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG3 : Je me sens à l'aise au début du traitement ou alors dans une décompensation aiguë, mais passé un certain stade, non, je ne me sens pas à l'aise.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG3 : Pour l'aigu, je mets des diurétiques ou je majore les diurétiques en contrôlant la fonction rénale etc. Si j'ai un début d'insuffisance cardiaque, je mettrais un petit diurétique mais à faible dose. J'ajouterais un IECA mais de nouveau, en fonction de la fonction rénale et de la tension. Au-delà, je trouve même que quand on dépasse un ou 2 médicaments au niveau cardio, c'est quand même intéressant d'avoir justement l'écho et l'avis du spécialiste.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG3 : Non, je ne savais pas. Je pensais qu'il y avait encore des paliers à respecter, de ne démarrer que le diurétique avec l'IECA puis éventuellement ajouter un bêta-bloquant selon la fréquence cardiaque. Pour l'iSGLT-2, pour moi, il venait un peu en 4^e ligne.

Mais je savais qu'on pouvait utiliser les iSGLT-2 dans l'insuffisance cardiaque. Si tu veux une petite anecdote, mon maître de stage, il y a quelques semaines, il m'a raconté qu'il n'était pas au courant de cette nouvelle recommandation vu que c'est tout nouveau et donc il voit un patient qui en insuffisance et puis il se rend compte que le patient a sous empagliflozine. Il s'est dit "Mais c'est n'importe quoi, qu'est-ce qu'on a foutu là, il n'a pas de diabète ce patient !". Donc, il lui a supprimé son empagliflozine. Mais quand le patient est retourné chez cardio, il lui a dit "Si Mr, il faut le continuer...".

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG3 : Je n'ai pas du tout d'expérience là-dedans, je n'ai aucun recul mais au vu de ce que tu me racontes, ça a l'air magique !

F : Est-ce que vous référer le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG3 : Oui. Je ne suis pas du tout à l'aise pour mettre tout en place sans contrôle de la part d'un cardiologue. Je pense qu'une écho est quand même nécessaire avant cela.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ?

MG3 : Souvent, j'explique. J'aime bien expliquer pourquoi ils ont ce médicament-là, parce que souvent, je trouve que ce sont des patients, par exemple, pour les diurétiques, ça ils sentent que

quand ils n'en ont pas, ça va moins bien. Mais pour les autres classes, quand ils oublient leurs médicaments, ils ne le sentent pas, ils ne voient pas spécialement un effet bénéfique ou négatif donc ça j'essaye de leur expliquer le rôle du médicament. Même s'ils ne sentent pas que ça leur fait du bien, c'est important par rapport à la dégradation de la maladie et de garder une stabilité.

De façon générale, quand je vois les patients même pour autre chose, je redemande toujours s'ils n'ont pas besoin d'ordonnances pour leurs médicaments.

Chez les patients plus âgés, où c'est un peu compliqué de gérer les médicaments, on instaure un pilulier avec les infirmières de la maison médicale. Ça diminue un peu l'autonomie du patient mais parfois, on n'a pas vraiment le choix.

Aussi, c'est personnel mais moi je n'aime pas mettre des associations de médicaments. Il y en a qui trouve que c'est plus facile parce que le patient a moins de cachets à prendre mais moi j'ai toujours un peu peur parce que le jour où on doit en enlever un parce qu'il y a un problème aigu ou parce qu'il faut augmenter le dosage d'un, c'est toujours un peu la galère. Ils ne comprennent pas quand on change tout après.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG3 : J'insiste sur les mesures hygiéno-diététiques, le tabac, l'alcool, la gestion du diabète.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG3 : Je vais donner une fourchette. Entre 1 et 3 mois, en fonction du type de patient, de la sévérité et de l'âge. Chez les plus âgés, j'irais max toutes les 6 semaines.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG3 : Si j'ai une décompensation qui ne donne rien après 48h de traitement adapté, je pense que je renverrais vers l'hôpital directement, je ne prendrais pas simplement un avis.

Un autre cas, ce sont les patients qui ne veulent plus aller chez le cardiologue. Là, je sonnerais sans doute pour avoir un coup de pouce dans le changement de son traitement, tout en expliquant au cardio que le patient refuse de se déplacer. Je ne voudrais pas faire pire que bien.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ?

MG3 : Oui et c'est super important. Moi, à la maison médicale, je ne me pose même plus la question, c'est toujours mis en place. C'est super bien organisé, parfois sans mon intervention. Les infirmières sont amenées à aller régulièrement chez les patients et elles sont souvent en contact avec eux. Elles peuvent facilement voir une dégradation. Elles peuvent donner leur avis qui est précieux. Les aides familiales aussi sont attentives.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ?

MG3 : Oui, ça éviterait des hospitalisations et des dégradations sévères.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG3 : C'est difficile à répondre car je n'ai pas vraiment eu de cas. Le critère n'est pas spécialement clinique et médical mais c'est plutôt aussi le patient qui va dire qu'il ne veut plus qu'on le traite, qu'il ne veut plus faire d'efforts.

F : Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG3 : Je ne peux pas vraiment répondre car je n'ai pas réellement été confrontée à cela.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG3 : Appeler le cardio, la littérature, les cours même si ce n'est pas très fiable car beaucoup de choses changent au cours des années, les soins palliatifs.

Interview MG4

08/02/23 – 30 min 18 sec

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG4 : 30 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG4 : Depuis 5 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG4 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG4 : Je me faisais justement la réflexion car pas tant que ça. C'est sans doute lié au fait que je suis jeune et donc, j'ai une patientèle assez jeune. Je fais aussi beaucoup d'ONE donc j'ai pas mal d'enfants. C'est plutôt dans les maisons de repos que j'en ai.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG4 : Ça a toujours été un peu flou pour moi car ce sont toujours des patients avec pleins de pathologies et pas mal de médicaments. Petit à petit, je fais un peu à ma sauce mais il est vrai que je n'en ai pas assez que pour être à l'aise à 100%. Dans tous les cas, c'est une pathologie assez complexe à gérer.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG4 : Oui, d'office. Quand il y a une grosse décompensation, ils sont très souvent hospitalisés. Et, moi je suis vraiment pour le suivi chez cardiologue, de manière assez rapprochée. Pour moi, cela est indispensable.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG4 : Ce n'est pas toujours évident. Après, à Dinant, l'équipe est hyper dynamique et cela devient de plus en plus facile. Au début, je n'osais peut-être pas me référer à eux mais avec le temps, j'ai de plus en plus facile. Puis, on a un cardiologue qui vient à la maison médicale et ça, ça facilite. Maintenant que j'ai 2-3 personnes-contacts, ça aide beaucoup.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG4 : Non, je ne pense même pas que je les ai déjà lues.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG4 : Je me référais beaucoup à mes cours avant. Je suis aussi énormément ce que les cardiologues font. En allant en formation (je suis allée une fois à une « conférence » de présentation du service de cardiologie du CHR, là j'avais beaucoup appris) et en discutant avec les délégués, ça aide aussi. Se pencher sur les guidelines, ça je ne fais pas. C'est lourd et je manque de temps. Quand j'étais en stage, le médecin chez qui j'étais prenais pas mal de notes sur son ordinateur dès qu'il y avait une nouveauté et dès qu'il se posait une question, il allait là-dedans. C'est vrai que je devrais faire ça et ça pourrait être une ressource supplémentaire.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG4 : Par manque de temps, le dépistage est un peu illusoire. Après, c'est quand même très souvent le patient qui vient avec une plainte. Après, ce dont j'aime beaucoup parler et insister, c'est l'activité physique. Cela est important à faire pour pleins de pathologies et à ce moment-là, je demande quand même s'ils ne sont pas trop essoufflés. Et, pour moi, c'est tout de même une forme de dépistage.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ? Posez-vous des questions systématiques à ces patients ? Lesquelles ?

MG4 : Je ferais plus attention aux hypertendus, aux fumeurs, aux patients en surcharge pondérale, aux diabétiques. Eventuellement les insuffisants rénaux.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG4 : Non. Ça peut quand être modifié dans d'autres choses.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG4 : Même chose, ce n'est pas toujours clair. Je commencerais à l'être. Mais, en garde, je n'étais jamais à l'aise du tout. Quand j'avais un motif de visite pour cela, je me demandais toujours ce que j'allais faire.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG4 : Je vérifie toujours la saturation, les crépitants aux bases, les œdèmes des membres inférieurs, la dyspnée à l'effort/au repos, les précordialgies.

Dans l'examen clinique, il y a pleins d'autres choses à faire. Mais de nouveau, c'est de la théorie. Puis, on n'est jamais dans de bonnes conditions pour les examiner. Ils sont souvent chez eux, dans leur lit, pas toujours très bien mis, etc. Par exemple, la turgescence des jugulaires, ce n'est pas systématique dans mon examen clinique et ce n'est pas ce qu'on voit tous les jours.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG4 : Oui bien sûr, pour les deux. Je fais toujours un ECG pour être sûr que ce n'est pas lié à une arythmie parce que ça pourrait m'orienter.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG4 : Je ferais aussi une prise de sang (ionogramme et fonction rénale principalement, cofo pour vérifier une éventuelle anémie, fonction hépatique, CRP, thyroïde). Pour la radiographie de thorax, ce n'est pas systématique mais ça m'est déjà arrivé de le faire. J'ai déjà eu le cas où les crépitements n'étaient pas francs mais le patient se plaignait d'orthopnée et tout me faisait penser à une décompensation.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG4 : La base des classes, ça va. Les diurétiques, c'est toujours plus délicat à gérer.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG4 : L'Entresto, heureusement que ce n'est instauré par le cardio. Je n'ai jamais dû titrer donc forcément, non. Sinon, je mettrais un IECA, un BB et un diurétique. Pour les iSGLT-2, idem. Je me sens plutôt à l'aise avec car on ne risque rien.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG4 : Oui, grâce à la formation qu'on a eu la semaine passée. Deux cardiologues sont venues parler de l'insuffisance cardiaque et sa prise en charge. Je sais maintenant les nouvelles recommandations médicamenteuses. Elles ont été très claires et c'est plus frais dans ma tête.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG4 : C'est une super classe, à mettre d'office chez les personnes qui rentrent dans les critères. En plus, il n'y a pas de contre-indications et une très bonne tolérance. Les recommandations ont beaucoup changé donc pas mal de patients pourraient le recevoir.

F : Est-ce que vous référer le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG4 : Je ne serais pas contre l'instaurer car c'est une classe très sûre et si cela permet de gagner du temps alors oui, je le ferais.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?

MG4 : Faire des suivis de prise de sang régulier et l'encourager quand il y a du mieux. Ce sont des patients avec plusieurs comorbidités donc le suivi est impératif et permet de toujours avoir un œil sur eux. Pour moi, l'exercice physique est indispensable. Donc, j'en parle énormément. Je demande ce que le patient préférerait faire car il n'aime toujours tout. Je propose aussi le sport en groupe car ce n'est pas toujours évident de se motiver seul. Je propose parfois de la kiné pour aider à remobiliser ou le faire bouger un peu.

Ce que je fais, quand le patient ne peut pas avoir un proche fiable, je propose d'emblée le passage d'une infirmière au moins une fois par semaine pour faire le pilulier et avoir un petit coup d'œil au cas où. Je donne aussi une feuille avec leur schéma thérapeutique.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG4 : J'essaie vraiment de parler du régime alimentaire car je trouve qu'on en parle beaucoup moins. Pour moi, le patient fait sans doute moins attention car les médicaments les aident et donc ils oublient de faire attention à ce qu'ils mangent. J'insiste sur la réduction du sel et si cela ne va pas, je propose d'aller chez une diététicienne. Après, quand ils sont en maisons de repos, ça c'est plus facile car c'est moins eux qui gèrent l'alimentation.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG4 : Minimum tous les 3 mois pour au moins faire une prise de sang de suivi. S'il faut faire un suivi tensionnel ou une petite décompensation, je les verrai plus régulièrement ; 1 fois par mois plutôt.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG4 : J'essaie d'abord de gérer moi-même mais si c'est trop important, alors je réfère. Mais sinon, j'essaie vraiment de ne pas devoir me faire aider.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ? Les trouvez-vous importantes dans la prise en charge de ces patients ?

MG4 : Oui, elles permettent un suivi quotidien. J'ai régulièrement des appels pour le suivi. J'ai aussi eu des contacts avec un kiné une fois. Ils sont réellement nécessaires et la collaboration est indispensable pour que tout se passe bien. Mais, en général, le contact se fait naturellement et je n'ai jamais eu aucun souci.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG4 : Oui et non. Oui parce que ça pourrait aider à la gestion optimale des soins mais ne pas limiter cela à l'hospitalier car je trouve que cela serait plus nécessaire à domicile. En général, le patient ne veut pas bouger à l'hôpital et donc cela ne servirait pas à grand-chose. Dans la région en tout cas, je ne suis pas sûre que ça prendrait. Le mieux serait de former les infirmières à domicile ou d'organiser un passage mensuel.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG4 : L'âge joue beaucoup. On ne va sans doute pas s'acharner à 95 ans. L'état général, la qualité de vie et le degré d'autonomie font partie des principaux critères. De toute façon, j'en parle toujours avec le patient et la famille car c'est eux les principaux concernés. Parfois, ils peuvent être un peu trop dans l'acharnement et j'essaie de bien leur expliquer et de se détacher un peu car le patient n'est de toute façon pas éternel. J'insiste sur le fait que s'acharner, ce ne sera pas pour son bien. Il ne sera pas dans de bonnes conditions pour terminer sa vie.

F : Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG4 : Quand c'est les miens et que je les gère depuis le début, ça va encore mais sinon oui, c'est compliqué. Le pire, c'est quand on est de garde et qu'on ne connaît pas le patient. Ça arrive quand même régulièrement, et c'est toujours la nuit ou le week-end que ça ne va pas. Le patient n'est pas toujours clair dans ce qu'il veut non plus.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG4 : Je trouve que les réévaluer régulièrement permettrait que ça se passe mieux.

Malheureusement, ça ne se fait pas toujours en pratique. Sinon, je m'aide beaucoup du livre « Aux sources de l'instant ». Il est super bien fait. J'ai d'ailleurs fait une photo d'une page avec un gros résumé de ce que je peux faire en urgence comme ça, je l'ai toujours avec moi et je me sens plus à l'aise. Je fais aussi des protocoles de détresse comme ça, en cas d'urgence je sais d'emblée ce que je peux faire.

Interview MG5

19/01/23 – 20 min 33 sec

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG5 : 28 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG5 : Depuis 4 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG5 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG5 : Oui car je fais beaucoup de maisons de repos. Mais dans la patientèle âgée qui vient au cabinet également. Donc c'est assez quotidien.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG5 : Oui et non. Oui car c'est assez fréquent donc les habitudes sont vite là. Non parce que ça peut vite dégénérer. C'est une balance difficile à équilibrer par moment. Mais, en même temps, cela fait partie du quotidien, donc, il faut bien pouvoir les gérer.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG5 : Souvent, ils sont quand même vite référés pour avoir l'échographie de confirmation. Sinon, ce sont souvent des patients chroniques qu'on voit régulièrement. Après, la cause de l'insuffisance cardiaque fait que d'office ils ont un rendez-vous chez le cardiologue.

Par contre, en maison de repos, ils n'ont souvent plus envie d'aller à l'hôpital donc là, on se débrouille sans le cardiologue.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG5 : Je travaille beaucoup avec le service de Libramont et en général oui, il n'y a aucun souci pour les joindre, avoir un rendez-vous urgent ou avoir un conseil par téléphone.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG5 : Je ne les ai certainement pas lues. Après, ma pratique sont mes habitudes. Est-ce que mes habitudes font partie des guidelines, j'espère.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG5 : Souvent c'est plutôt des plateformes comme Uptodate. Il y a aussi les GLEM/Dodeca, les rapports des cardiologues et leurs habitudes en consultation.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG5 : Tout dépend des antécédents et de certains facteurs de risque. A ce moment-là, je me pose quand même la question « est-ce que ce patient pourrait rentrer dans cette classe ? ». Après, vu que je suis en début d'activité, je suis pas mal de patients où c'est déjà diagnostiqué. Les personnes âgées, c'est déjà là depuis des années donc, je fais plutôt du suivi chez eux. Mais, quand je vois un gros hypertendu et fumeur, celui-là, je me pose quand même des questions et j'essaie qu'il ait un bilan cardio.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ? Posez-vous des questions systématiques à ces patients ? Lesquelles ?

MG5 : Le tabac, l'alcool, les patients avec des problèmes respiratoires, les hypertendus, les troubles du rythme, les troubles de la thyroïde, les diabétiques, les maladies coronariennes.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG5 : Oui. Et je le fais beaucoup pour être sûre qu'ils ne décompensent pas.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

C'est souvent des patients assez fragile donc en général, c'est assez clair.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG5 : Ce sont souvent des patients dyspnéiques, qui prennent des kilos en peu de temps, avec des gros œdèmes. Ils sont fatigués. Chez les jeunes, c'est forcément moins flagrant.

Il y a des choses que je ne fais jamais comme rechercher la turgescence des jugulaires ou l'hépatomégalie. Sauf une patiente que j'avais suivi et qui était en phase terminale, elle avait des énormes jugulaires mais c'est vraiment quelque chose qu'on voit très peu. D'autres choses aussi que je peux remarquer et demander c'est la fatigue à l'effort et l'orthopnée ; un souffle, une auscultation pulmonaire chargée. Bref, la rétention hydrosodée à gauche et à droite.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG5 : Oui pour les deux. L'ECG, c'est pas mal pour voir éventuellement la cause.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG5 : Je fais généralement aussi une prise de sang avec le cofo, le rein, le foie, la thyroïde, la CRP, le NT pro-BNP et parfois les D-dimères. Je ne fais jamais de radio de thorax parce que souvent ils nous remballent parce que les patients ne veulent jamais aller à l'hôpital. Donc les envoyer pour voir la cardiomégalie, on ne les aura jamais.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG5 : Ça dépend d'un patient à l'autre mais oui. Je sais ce que je dois mettre mais à partir du moment où ton rein commence à se décrocher et ton pro-BNP ne diminue pas aussi vite que tu ne le voudrais, là ça devient compliqué. A ce moment-là, je me dis que je vais peut-être passer un coup de fil au cardio.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG5 : De base, je mettrais un IECA avec un BB si supporté. Puis je donnerais aussi un diurétique de l'anse. Et seulement après, ajouter une spironolactone si ça ne suffit pas.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG5 : Ça, je ne savais pas tout à fait. Je pensais qu'ils gardaient les iSGLT-2 pour les cas les plus compliqués. Pour l'Entresto, je ne savais pas du tout qu'ils le privilégiaient.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG5 : Je vois bien qu'on en met de plus en plus pour tout. Donc, oui c'est une très bonne classe. On voit quand même nettement les effets sur la mortalité. Après, dans un tout début de diagnostic d'insuffisance cardiaque, je ne sais pas si j'aurais tendance à le mettre directement. Je suppose que oui, au vu de ce que tu me dis.

F : Est-ce que vous référez le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG5 : Si j'avais un échantillon au cabinet, je n'hésiterais absolument pas car il n'y a aucun risque à mettre cette classe et ils ne donnent quasiment pas d'effets secondaires.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?

MG5 : En général, je n'ai pas de difficultés car ils sont assez au taquet. S'ils font n'importe quoi ou mangent n'importe quoi, ils prennent vite 2 kg et sont moins bien. Donc, ils n'essayent pas. Ils savent quand même se gérer eux-mêmes. Parfois, ils font un peu leur popote avec leur diurétique. En général, ils sont quand même conscients de la gravité de la maladie.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

Faire attention au sel, faire un peu de sport si possible. Après, les patients en maison de repos, cela devient difficile. Ils font bien un peu de kiné, mais ce n'est pas cela qui les sauve.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG5 : Tous les 2-3 mois au maximum. De toute façon, ce sont des patients avec plusieurs pathologies, ils ont donc besoin de prescriptions donc on les voit d'office tous les 3 mois.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG5 : C'est assez rare, parce que quand tout va bien, c'est qu'on fait les choses correctement.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ? Les trouvez-vous importantes dans la prise en charge de ces patients ?

MG5 : Oui. Elles les connaissent beaucoup mieux que nous. Donc, elles savent quand elles doivent nous alerter. Quand un patient est plus confus, plus essoufflé, quand elles n'ont pas su mettre les bas. Là, elles appellent et elles sont bienveillantes. Les patients ne font pas toujours attention ou chez les patients déments, elles sont très utiles.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG5 : Oui, ce serait super et ce serait justifié. C'est quand même une pathologie très fréquente.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG5 : Je trouve que la plupart des personnes âgées peuvent être dans cette classe. Ceux-là, je fais assez attention.

F : Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG5 : Pas vraiment car au final on ne se tracasse plus. On veut juste le confort du patient, réduire un max les oedèmes et qu'il ne s'encombre pas et faire un OAP. On veut juste qu'ils meurent confortablement. Après, un patient n'est pas l'autre. Quand c'est en urgence ou en garde, c'est très difficile parce qu'on n'a pas le temps de voir venir les choses. Néanmoins, quand c'est moins soudain, on va les voir quand même plus régulièrement, plusieurs fois par semaine. Et parfois, ça part vite et ils partent dans de mauvaises conditions.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG5 : Même chose, les plateformes classiques.

Interview MG6

13/01/23 – 24 min 35 sec

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG6 : 30 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG6 : Depuis 5 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG6 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG6 : Régulièrement, je ne vais pas dire que c'est la chose que je vois tous les jours mais quelques-uns par mois, très probablement.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG6 : Une fois qu'ils sont sous traitement, oui car il n'y a plus grand-chose à faire, si ce n'est surveiller qu'ils vont bien au niveau clinique, qu'ils vont régulièrement chez le cardio et que le traitement est toujours adapté. C'est plutôt quand ils sont en train de décompenser que c'est difficile.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG6 : S'il se crache et qu'il fait un petit OAP et qu'il désature, là je réfère. Aussi, je réfère quand c'est de novo.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG6 : Ca dépend. Avec l'hôpital de Dinant, oui. J'ai un contact facile avec eux mais pour les autres hôpitaux, c'est plus compliqué.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG6 : Pas spécialement. Je ne les ai pas vraiment en tête, j'ai simplement les grandes lignes. Elles sont trop chargées.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG6 : Parfois je check vite fait sur internet. Sinon, les délégués sont là pour nous donner les dernières infos. Il y a aussi les formations continues qui donnent parfois sur ce thème, c'est toujours très intéressant. Sur internet, il y a MSD manuals, EM consulte ou encore Pubmed si c'est plus précis.

Medisphère et Medscape m'aident aussi par e-mail ; je reçois de temps en temps des guidelines ou informations importantes. Clairement, voir ce que les spécialistes font aide beaucoup aussi.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG6 : Par manque de temps, je ne fais pas de dépistage. Il est vrai que si le patient est essoufflé et que cela fait longtemps, je propose d'aller voir la cardio et faire une consultation de contrôle.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ?

MG6 : Les personnes âgées (plus de 70 ans), les obèses, les diabétiques, ceux avec des ATCD cardiovasculaires.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG6 : Oui. Même si en termes de sensibilité, ce n'est pas encore le top du top, ça donne quand même une bonne indication.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG6 : Ce n'est pas le diagnostic le plus facile, on peut vite passer à côté. Maintenant, j'essaie de faire très attention quand je n'ai pas tous les points d'appels.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG6 : la dyspnée, fatigue, orthopnée, OMI bilatéraux. Tout n'est pas toujours présent, c'est ça qui fait la difficulté du diagnostic. Je contrôle l'examen cardiopulmonaire, les œdèmes, les pouls, un éventuel souffle cardiaque.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG6 : je n'utilise pas d'office les NT pro-BNP. Si j'ai tout qui me fait dire que je suis sûr de l'insuffisance alors je démarre ou j'envoie chez le cardio pour un bilan plus approfondi et une confirmation. Si j'ai un doute, là je cocherai plus facilement. Pour l'ECG, je n'en fais pas sauf si le patient se plaint de douleurs thoraciques.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG6 : Je ne fais rien d'autre.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG6 : Ça va encore, de façon générale, je n'ai pas de difficulté. Si le patient doit prendre l'Aldactone, là j'ai tendance à référer parce que le nombre de médicaments devient élevé et cela devient difficile à tout manager.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG6 : les BB, les IECA, les diurétiques et la spironolactone, ça je laisse au cardio. Je n'ai pas vraiment l'habitude avec les diurétiques, ça je gère moins.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG6 : Pour les iSGLT-2, je le sais par les délégués qui m'en ont informé et via une réunion avec un cardio du CHR. Pour l'instauration plus rapide et les 4 d'emblée, pas vraiment. Pour l'Entresto, je n'ai pas vraiment d'expérience.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ?

MG6 : au niveau cardio, je ne sais pas du tout car je ne m'y connais vraiment pas. Après vu les études et sur quoi cela agit de manière positive, c'est clair que cette classe a un bon avenir.

F : Est-ce que vous référer le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG6 : Non, j'oserais essayer seul. On a parfois des échantillons, ce qui pourrait les aider. Je n'aurais aucune crainte à le démarrer avant l'avis du cardio.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ?

MG6 : Le problème c'est que ces patients sont souvent compliqués à conscientiser. Je leur expliquerais simplement ce qu'il se passe, avec des mots simples. Et si ça ne marche pas, je leur fais carrément peur et souvent ça aide beaucoup. Je leur explique qu'ils vont être limités dans leur vie de tous les jours. Après, certains vont tout de même comprendre rapidement et on n'aura jamais besoin d'insister.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG6 : faire de l'exercice physique pour stimuler le système CV, faire attention aux mesures hygiéno-diététiques. S'auto-gérer et s'inquiéter quand ils ressentent quelque chose de différent par rapport à d'habitude.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG6 : Je n'ai pas vraiment de fréquence. S'ils vont bien et s'ils n'ont pas d'autres comorbidités, ils peuvent venir 2-3x par an, pas plus. S'il y a des comorbidités, ce sera d'office un peu plus fréquent.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG6 : Je n'ai pas non plus 10 ans d'expérience donc c'est un peu difficile à répondre mais je sais que si j'ai vraiment besoin, oui. Cela m'est déjà arrivé pour voir s'il y a réellement une indication de référer. Ou bien encore, le cardio donne ses instructions pour retarder la consultation. Il faut tout de même essayer de ne pas les surcharger, ils ont déjà beaucoup de travail aussi.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ? Les trouvez-vous importantes dans la prise en charge de ces patients ?

MG6 : Simplement pour leur donner leurs médicaments, oui. Elles ont toujours un regard quotidien chez ces patients. Vu qu'elles sont avec eux très souvent, elles appellent souvent au bon moment. Elles vont simplement voir que les jambes gonflent depuis deux semaines, et s'inquièteront au bon moment. Elles ont vraiment de bons réflexes. Je ne rencontre jamais de difficultés à communiquer avec elles.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG6 : Oui, excellente idée mais ça ne devrait pas se limiter à l'hôpital. A la maison, il serait bon d'avoir des formations pour les infirmières à domicile. Ainsi, sur le terrain, ça pourrait simplifier les choses et réduire le travail dans les hôpitaux.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG6 : J'ai une patiente pour le moment qui n'est pas en soins palliatifs mais qui est clairement sur la fin de sa maladie. Ici, dès qu'elle a une petite complication (petit sub-OAP, infection virale), elle met des semaines pour s'en remettre. Elle peut vite désaturer, on doit souvent majorer ses diurétiques car ses jambes gonflent. Tout cela, ce sont des critères qui me font dire qu'on avance bien dans la maladie et que je ne serai jamais en NTBR avec elle. En plus de ça, elle a pleins de comorbidités.

F : Epreuves-tu des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG6 : Ça reste des cas compliqués et il faut pouvoir jongler avec tous les traitements qu'ils ont. Ces patients-là, on n'est jamais l'aise. Je contacterais plus vite un spécialiste avec eux car changer les médicaments, on peut vite mal faire. On peut vite perdre le contrôle. Je préférerais qu'elle soit vue voire hospitalisée parce qu'elle pourrait vite se déstabiliser et partir. Pour cela, il faut bien se rendre compte de ses limites.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG6 : Ma propre expérience, sinon je me réfère aux services de soins palliatifs dès que je galère un peu.

Interview MG7

13/03/2023 – 22 min 34 sec

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG7 : 37 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG7 : Depuis 13 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG7 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG7 : Oui. Ce sont des patients qu'on croise toutes les semaines. Après, ils ne sont pas tous en décompensation. On le voit pour des suivis car cela est important, avec une éventuelle prise de sang à faire ou une modification de traitement.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG7: Ca va. Ce n'est ce avec quoi j'ai le plus facile. Mais, en règle générale je m'en sors bien.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG7 : J'aime bien être épaulé par eux. Ça me rassure, je sais vers quoi on doit aller et vu que c'est eux les plus au courant, j'aime bien avoir leur aide de temps en temps.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG7 : Oui. Au fur et à mesure de mes années de pratique, je me suis créé un réseau de spécialistes avec qui je peux facilement communiquer. Pour les cardiologues, je peux très facilement me référer à 3-4

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG7 : Je sais qu'ils en font chaque année car tout change régulièrement mais je n'ai pas lu les dernières en date. Lire de gros pavés, je n'ai pas le temps et je trouve que ce n'est pas toujours en lien avec la réalité de terrain.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG7 : Je reçois des délégués. J'ai justement eu celui pour un iSGLT2, qui m'a donné les dernières recommandations par rapport à cette classe de médicaments. Sinon, via les GLEM et les différentes réunions qui sont organisées.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG7 : Je ne fais jamais de dépistage. Mais je pose parfois des questions à certains patients, pour être sûr que je ne suspecte rien de tout ça chez eux. Donc, j'attends plutôt d'avoir des patients avec des plaintes, et à ce moment-là, je creuse.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ?

MG7 : L'hypertension, les patients avec des antécédents cardio-vasculaires, le diabète, les patients avec des antécédents pulmonaires.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG7 : Peut-être. Après, c'est assez cher donc je le ferais plus si j'avais de réels symptômes et une clinique franche.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG7 : Ca va. Les symptômes ne sont pas spécifiques donc ce n'est pas toujours évident et clair.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG7 : L'auscultation pulmonaire pour voir s'il y a de la congestion et des crépitations. Puis l'œdème au niveau des jambes. Pour l'anamnèse, je demande s'ils sont essouffés plus que d'habitude, s'ils ont pris du poids et s'ils ont des difficultés à respirer quand ils sont couchés.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG7 : Oui, toujours. Pour l'ECG, pas toujours.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG7 : Une prise de sang globale. Pour l'échographie, il est clair que je fais appel à un cardio pour qu'elle soit réalisée, ainsi, on a une valeur de la fraction d'éjection du ventricule.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG7 : Oui, ce n'est pas très compliqué. Il faut juste aller doucement dans les dosages.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG7 : Je mets en général un diurétique pour améliorer les symptômes. Puis, il faut un IECA ou un sartan. Et j'ajoute en général du bisoprolol ou nébivolol. Les cardio mettent de plus en plus un iSGLT-2 mais ça, c'est eux qui doivent le faire comme on n'a pas accès à l'autorisation pour ces patients.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG7 : Oui, bien sûr. Comme ça a beaucoup changé ces derniers temps, il y a beaucoup de formations organisées et j'en ai suivi une.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG7 : C'est vraiment pas mal. On ne voit que des avantages à les mettre en place.

F : Est-ce que vous référez le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG7 : Si le patient rentre dans d'autres conditions comme le diabète, par exemple, là je n'hésiterais surtout pas à le mettre en place. Après, je demanderais d'office l'avis avant de le mettre en place. Et je voudrais que le patient soit revu rapidement.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?

MG7 : Il faut discuter, expliquer et réexpliquer la maladie, avec simplicité. Les revoir tous les mois permet de ne pas les « perdre dans la nature ». Ainsi, je tape sur le clou et ça m'aide beaucoup. Il faut pouvoir les mettre au centre de la situation aussi. Comme ça, le patient se sentira plus impliqué.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG7 : J'essaie toujours qu'ils tiennent un carnet de leur poids. Ainsi, on voit rapidement s'ils décompensent. Je les vois aussi régulièrement mais j'insiste sur le fait qu'entre deux visites, si quelque chose ne va pas, ils doivent demander un nouveau passage. Avec ça, je glisse l'info du régime sans sel mais ça, je ne sais pas vérifier. J'incite au maximum au sevrage tabagique aussi, pour moi, c'est essentiel.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG7 : Tous les mois. Rien que pour les ordonnances et contrôler le poids parce que souvent, le patient ne s'alarme pas assez vite.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG7 : C'est rare.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ? Les trouvez-vous importantes dans la prise en charge de ces patients ?

MG7 : Oui, les patients se reposent pas mal sur elles. Et, ils peuvent puisqu'elles ont un regard extérieur et peuvent faire l'intermédiaire entre eux et nous. Quand tout un système est mis en place, il y a toujours un livret pour écrire et ça, c'est pratique.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG7 : Oui, pour moi c'est essentiel pour avoir le moins de risque d'exacerbations et que le patient se sente écouté et pas abandonné. Après, cela va sans doute demander encore pas mal de temps et d'argent... Mais pourquoi pas, que de bénéfices pour moi.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG7: Simplement quand le patient ne répond plus aux traitements, se dégrade malgré la majoration des dosages et s'exacerbe trop régulièrement.

F : Eprenez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG7 : Franchement, ça va encore. On veut juste soulager le patient et qu'il s'encombre le moins possible. On ne se casse plus la tête et pour moi, je ne trouve pas ça super compliqué à gérer.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG7 : A l'heure actuelle, ma propre expérience. Mais, au début de ma pratique, je regardais pas mal sur internet et puis je demandais des conseils à 2-3 confrères.

Interview MG8

14/12/22 - 18 min

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG8 : 30 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG8 : Depuis presque 4 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG8 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG8 : Oui, énormément, surtout les personnes âgées.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG8 : Je me sens à l'aise mais parfois je rencontre des difficultés, c'est délicat, surtout avec les diurétiques. On a peur de trop les doser, de les mettre en hyponatrémie.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG8 : Oui, quand je ne suis plus à l'aise.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG8 : Les cardiologues sont en général assez disponibles. Enfin, peut-être pas dans la seconde mais rapidement, cela peut se faire.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG8 : Non. Un cas n'est pas l'autre. Et puis, en général, il y a un suivi chez un cardiologue. Je suis un peu ce qu'ils font. C'est eux qui sont invité à des congrès et qui savent se mettre à jour. Et c'est grâce à une patiente que j'ai découvert que la dapagliflozine était utilisée pour ça. Finalement, c'est un peu comme ça que je me tiens à jour. Je ne lis pas spontanément la littérature, c'est plus via les cas que je me tiens au courant.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG8 : Les délégués donnent des informations, on les range dans la tête puis s'il faut les appliquer, on le fait. Sinon, quand je vois des cas, je vais parfois revoir la littérature.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG8 : Je fais quand même un peu de prévention primaire. Quand le patient vient pour sa prise de sang annuelle ou autre. Je demande régulièrement s'il a les jambes qui gonflent. Je fais attention à l'auscultation et la tension. Pour moi, ça reste une forme de dépistage.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ?

MG8 : oui bien sûr. Chez les hypertendus, ceux avec des antécédents d'infarctus, les diabétiques, les insuffisants rénaux et les BPCO.

F : et est-ce que tu utilises le NT pro-BNP en dépistage ?

MG8 : Non, ça a un certain coût.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG8 : Oui, ça va. Ce n'est pas toujours clair mais j'arrive à me débrouiller.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG8 : La dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, l'auscultation cardiopulmonaire. Je ne fais pas systématiquement les jugulaires.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG8 : En cas de grosse suspicion, oui. Surtout, si j'hésite avec un autre diagnostic. Encore une fois, vu le prix, il me faut assez d'éléments. Surtout, si j'envisage de l'envoyer chez le cardiologue, alors là je le fais d'office car les cardiologues aiment avoir ce dosage.

Pour l'ECG, je l'utilise oui. C'est pour voir s'il n'y a pas autre chose derrière, comme par exemple une cardiopathie ischémique. Si le problème est déjà connu non.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG8 : La radiographie du thorax, je ne la fais pas d'emblée. C'est surtout pour voir s'il y a une cardiomégalie mais cela, on peut le voir à l'échocardiographie. Pour les râles, on n'en a pas vraiment besoin puisqu'on les entend à l'auscultation. Je fais aussi une prise sang plus ou moins globale, en fonction du contexte. S'il n'est pas à jeûn, je ne doserai pas les triglycérides.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG8 : Pour les molécules, ça va. C'est plutôt dans le dosage, il ne faut pas mettre trop fort. Pour ça, il vaut mieux revoir plus vite le patient.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG8 : Un IECA et des diurétiques. Les BB, on doit normalement, mais à voir aussi avec la TA et la fréquence cardiaque.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG8 : Oui, via les délégués et les nouveaux patients.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG8 : c'est une révolution cette classe médicamenteuse !

F : Est-ce que vous référez le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG8 : Non, surtout que les conditions de remboursement sont "sévères" et souvent le patient a déjà une belle insuffisance cardiaque donc ça je laisse au cardiologue.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ?

MG8 : Ça reste encore du cas par cas, selon la personnalité du patient. Il y en a qui vont très vite comprendre et être compliant et accepter les bas de contention, par exemple. D'autres, ce ne sera pas le cas. Pour peser, parfois c'est mieux de le faire quand on vient car il n'y pensera pas. D'autres le feront bien. Il y a aussi les infirmières à domicile qui peuvent aider à ce niveau-là.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG8 : Oui, j'essaie car c'est important. Mais de nouveau, c'est parfois difficile. Ils ne veulent pas toujours se battre. Le patient doit être responsable de sa santé aussi. On peut parfois mettre des choses en place pour les aider, et nous donner le maximum.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG8 : Ça dépend de la sévérité de l'insuffisance. En général, une fois par mois, ne fut-ce que pour le peser.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG8 : Pas vraiment, j'essaie de me débrouiller seule.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ?

MG8 : Oui, j'essaie que ce soit coordonné, d'avoir un carnet de liaison où on peut noter les choses. Car cette équipe est là, elle est souvent là, elles sont présentes quotidiennement. Elles remarquent les prises de poids, elles peuvent voir les œdèmes en les lavant. De plus, les patients peuvent être vite perdus donc avoir une aide à domicile c'est bien.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG8 : Oui. Ainsi, le patient serait bien pris en charge. Les infirmières à l'hôpital aident bien pour ce qui est du traitement, quand on doit jongler un peu là-dedans elles sont efficaces.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG8 : Quand le patient ne souhaite plus aller à l'hôpital. Quand il a beaucoup de pathologies.

F : Eprenevez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

MG8 : Ca ne m'est encore jamais arrivé. Ce sera plutôt pour autre chose que je vais démarrer des soins palliatifs. Et ce problème aggravera très probablement l'insuffisance.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG8 : Je ne peux répondre comme je n'ai pas encore eu de réel cas.

Interview MG9

09/03/2023 – 20 min 10 sec

Partie 1 : présentation du médecin et de ses caractéristiques socioprofessionnelles

F : Quel âge avez-vous ?

MG9 : 31 ans.

F : Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?

MG9 : Depuis 6 ans.

F : Dans quelle forme de pratique êtes-vous ? Urbain, rural ?

MG9 : Pratique rurale.

Partie 2 : Discussion du sujet et récolte des données

Thème 1 : place du médecin généraliste et de la multidisciplinarité

F : Rencontrez-vous fréquemment des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

MG9 : Comme je commence ma pratique, ce n'est pas quelque chose que je vois toutes les semaines mais probablement tous les mois oui. En maison de repos, on voit cela souvent tout de même. Puis, des personnes âgées viennent aussi mais en général, elles sont relativement stables.

F : Vous sentez-vous à l'aise avec cette pathologie et la gestion de ces patients ?

MG9 : Ce n'est pas toujours très clair je trouve. On pourrait vite confondre avec une bronchite. Après, un vrai OAP en aigu, c'est flagrant. Pour le traitement, il faut pouvoir jongler tout en assurant une compliance du patient, ce qui n'est pas toujours gagné. Ce qui aide et rassure, c'est la visite chez le cardiologue.

F : Référez-vous rapidement au cardiologue ?

MG9 : Oui. J'aime avoir un suivi annuel pour les patients connus, simplement pour revoir le traitement et contrôler la fraction d'éjection à l'écho. Après, si ce sont des personnes qui ne souhaitent plus aller à l'hôpital, alors je me débrouille sans.

F : La communication est-elle facile avec la cardiologie ?

MG9 : Oui. Ce qui est bien, c'est que nous avons un cardiologue qui vient toutes les semaines à la maison médicale. Donc, c'est très facile de le joindre ou de joindre ses collègues à l'hôpital. Et à Dinant, il y a un numéro direct. On peut avoir un avis cardio n'importe quand, c'est très pratique.

Thème 2 : les guidelines de l'ESC

F : Est-ce que vous les mettez en pratique les guidelines de l'ESC ? Quels sont les freins à leur instauration ?

MG9 : Non. Je trouve que c'est trop complet et pas adapté à nous. Si elles étaient plus simples, je les lirais probablement.

F : Si vous n'utilisez pas ces guidelines, par quel moyen vous aidez-vous et vous remettez-vous à jour concernant le traitement et la prise en charge de ces patients, qui évolue assez bien ces derniers temps ? (délégués, e-learning, mails d'informations ?)

MG9 : Via les délégués qui nous informent des nouveautés. J'essaie aussi de suivre de temps en temps des e-learning ou conférences. J'en ai d'ailleurs suivi une récemment sur l'insuffisance cardiaque, organisée par deux cardiologues, c'était très intéressant.

Thème 3 : dépistage et comorbidités du patient

F : Concernant le diagnostic de la maladie, êtes-vous plutôt dans le dépistage ou attendez-vous plutôt d'avoir un patient avec des plaintes pour envisager de creuser et d'avoir éventuellement le diagnostic ?

MG9 : Je pense que je fais 2-3 choses qui pourrait être du dépistage : vérifier régulièrement les œdèmes malléolaires, demander s'il n'y a pas d'orthopnée ou un essoufflement à l'effort plus intense ces derniers temps. Mais du vrai dépistage, je n'en fait pas.

F : Si vous êtes plutôt dans le dépistage, avez-vous des stratégies pour repérer ces patients le plus rapidement possible dans sa vie ? À quelles comorbidités/facteurs de risque faites-vous attention ?

MG9 : Les patients diabétiques, obèses, hypertendus, avec antécédents cardiovasculaires. Je pense aussi aux fumeurs et aux BPCO.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP en dépistage ?

MG9 : Non, probablement pas.

Thème 4 : diagnostic, examens complémentaires et consultation cardiologique

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le diagnostic d'insuffisance cardiaque ? Avez-vous des difficultés à diagnostiquer ces patients ?

MG9 : Ce n'est pas toujours facile non. Comme je l'ai dit avant, on peut vite se tromper avec une bronchite, ce n'est pas toujours très clair.

F : Qu'est-ce qui est indispensable selon vous dans l'anamnèse et l'examen clinique ?

MG9 : La dyspnée, l'orthopnée, la prise de poids, la fatigue, les œdèmes des membres inférieurs, les crépitants bibasaux.

F : Utilisez-vous les NT pro-BNP dans le diagnostic ? Et l'ECG ?

MG9 : Pour le NT pro-BNP, oui. C'est facile et rapide. Ça permet d'exclure formellement si c'est négatif. Il y a juste le coût qui m'embête un peu. Pour l'ECG, non, pas systématiquement.

F : Que faites-vous d'autres pour poser le diagnostic (marqueurs biologiques, échographie, radiographie du thorax...) ?

MG9 : Une prise de sang plus générale avec un cofo, une fonction rénale et un ionogramme. Je ne ferais pas de radiographie du thorax.

Thème 5 : traitement médicamenteux

F : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement médicamenteux ?

MG9 : Ca va. Après, j'aime bien avoir la confirmation du cardiologue.

F : Quelles sont vos habitudes de mise en place de traitement ? Quelles classes de médicaments/molécules, utilisez-vous ?

MG9 : Je mettrais d'office un IECA avec un diurétique pour vider un peu le patient. Pour le BB, je laisserais sans doute cela au cardio ou au moins avoir son avis car j'aurais peur de le mettre trop tôt. Pour l'iSGLT-2, il faut de toute façon une autorisation du cardio. Il y a aussi la spironolactone mais je ne sais pas trop quand je le mettrais, une fois que le patient a bien répondu au diurétique de l'anse je pense.

F : Connaissez-vous les nouvelles recommandations ?

MG9 : Oui, j'ai eu une formation récente avec deux cardiologues.

Thème 6 : les iSGLT-2

F : Quelle importance accordez-vous aux inhibiteurs du SGLT-2 ? Utilisez-vous cette classe dans l'insuffisance cardiaque ?

MG9 : Cette classe a l'air révolutionnaire, on entend que du positif. Pour moi, cette classe doit être instaurée le plus rapidement possible pour améliorer la survie des patients.

F : Est-ce que vous référez le patient au spécialiste plus rapidement ou instaurez-vous le traitement sans autorisation ?

MG9 : Pour moi, si j'avais un échantillon, je n'hésiterais surtout pas à le mettre, je l'ai déjà fait une fois. Mais, je voudrais quand même d'office l'aval du cardiologue. Et puis, de toute façon, on a besoin de lui pour faire l'autorisation.

Thème 7 : traitement non-médicamenteux et autogestion du patient

F : Comment assurer une compliance non-médicamenteuse et médicamenteuse du patient ? Comment responsabiliser le patient, le conscientiser ?

MG9 : Ce n'est pas toujours évident car ils en font parfois qu'à leur tête. Mais le mieux est d'expliquer une bonne fois avec des mots simples et bien insister pour leur faire un peu peur, que c'est leur survie qui est en danger et qu'il faut être assidu. Je pense aussi qu'il ne faut pas hésiter à le remotiver parce que parfois, ils relâchent parce qu'ils en ont un peu marre de toujours devoir faire attention, de toujours devoir prendre leurs médicaments, etc. Et les voir régulièrement est une solution pour insister à chaque fois.

F : Quels sujets abordez-vous avec le patient afin de réduire les facteurs de risque d'exacerbation ?

MG9 : J'essaie au maximum de les motiver à aller marcher un peu, dans la limite du possible bien sûr. J'insiste aussi sur la pesée régulière, ainsi, ça permet de sauter directement sur les diurétiques si on voit une trop grosse prise de poids. Bien sûr, réduire au maximum l'alcool, le tabac et le sel. Ce à quoi il faut penser aussi, comme ce sont des personnes fragiles, c'est de vérifier leur statut vaccinal.

Thème 8 : suivi du patient et programme complet de soins

F : À quelle fréquence suivez-vous un patient en IC ?

MG9 : Au maximum tous les 3 mois. De toute façon, en général, ce sont des patients avec pleins de comorbidités donc en général ils sont vus tous les 1 à 3 mois.

F : Cela vous arrive-t-il de prendre un avis par téléphone au cardiologue ?

MG9 : Ça ne m'est encore jamais arrivé par manque d'expérience. Mais si j'en avais besoin, dans une petite dégradation, ou si le patient refuse d'être hospitalisé, ce qui peut arriver dans la région, alors je n'hésiterais pas en cas de doute.

F : La communication est-elle facile avec les infirmières à domicile et les aides familiales ? Les trouvez-vous importantes dans la prise en charge de ces patients ?

MG9 : Oui, elles sont importantes simplement pour le suivi journalier. Elles permettent parfois de temporiser ou de voir l'urgence. Le patient n'est pas toujours conscient qu'il ne va pas bien. Elles peuvent voir si les jambes gonflent quand elles mettent les bas, si le patient est plus essoufflé lors de la toilette, s'il a besoin de médicaments, etc. Pour la communication, je ne saurais pas vraiment dire par manque d'expérience mais je dirais que ça ne devrait sans doute pas poser de problème.

F : Seriez-vous pour une mise en place d'un programme complet de soins, multidisciplinaire ? Quels seraient pour vous, les avantages et les inconvénients à cela ?

MG9 : Cela pourrait être bien pour une prise en charge encore plus globale. Néanmoins, il serait bon de former le personnel de soins qui vient à domicile car il faut être conscient qu'au moins les patients vont à l'hôpital, au mieux ils se portent. Je pense que prévenir les hospitalisations est essentiel et cela pourrait être réduit par le biais de soins optimaux à la maison. Mais proposer des consultations de diététique, des séances pour éduquer au sport et d'autres choses seraient bien.

Thème 9 : l'HF avancée

F : À quel moment ou selon quels critères jugez-vous qu'un patient est en HF avancée et que vous envisagez donc une prise en charge palliative ?

MG9 : Quand le patient ne souhaite plus « se battre » et l'énonce. Quand un patient ne répond plus au traitement malgré une majoration et des posologies maximales, alors on peut se diriger vers une situation palliative. S'il est grabataire et qu'il perd du poids, là, on est sur une fin de vie proche aussi.

F : Eprouvez-vous des difficultés pour gérer une situation palliative ?

M : Pour avoir eu deux cas, je ne trouve pas toujours cela évident. Il faut pouvoir jongler avec les dosages tout en contrôlant un minimum la bio.

F : Quelles sont vos ressources pour gérer cette situation ?

MG9 : Les infirmières de soins palliatifs tout simplement. Puis, le site « palliaguide.be » est très bien fait et m'a sauvée quelques fois.