

UNIVERSITE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2015

N° 100

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par *Chloé LEBLANC*

Née le *13/04/1988* à *Neuilly-Sur-Seine*

Présentée et soutenue publiquement *le jeudi 8 octobre à 13h30*

À la Faculté de médecine de Nantes

**RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES
ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS : ENQUÊTE
QUALITATIVE AUPRÈS DE NEUF MEDECINS GÉNÉRALISTES
EN LOIRE ATLANTIQUE**

Présentation du Jury : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Assesseurs : Monsieur le Professeur Marc-Antoine PISTORIUS

Monsieur le Docteur Nicolas BREBION

Remerciements

A Monsieur le Professeur B. PLANCHON, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Recevez ici le témoignage de mon profond respect. Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur P. POTTIER, qui me fait l'honneur d'avoir dirigé mon travail. Merci de m'avoir fait confiance, pour ton aide précieuse dans le déroulement de cette thèse, tes encouragements, ta grande disponibilité et la découverte de la recherche qualitative qui s'est avérée passionnante.

A Monsieur le Professeur MA. PISTORIUS, pour m'avoir permis d'intégrer la médecine vasculaire, pour votre passion pour cette discipline et vos grandes qualités pédagogiques. Recevez le témoignage de ma grande considération.

Au Docteur N. BREBION, au côté de qui j'ai pu apprendre pendant un an, toujours dans la bonne humeur la médecine vasculaire. Merci pour l'enseignement de cette discipline et merci pour ton écoute, tes conseils et avoir réussi à éclaircir mon avenir, je t'en serais toujours reconnaissante. C'était un véritable plaisir de travailler avec toi. Merci pour ton aide et l'intérêt que tu as porté à ce travail.

Au Docteur J. CONNAULT pour tes grandes qualités pédagogiques.

Au Docteur O. ESPITIA pour ta pédagogie et tes conseils précieux tout au long de cette année.

Au Docteur M. ARTIFONI pour ton enseignement et tes conseils.

Au Docteur R. PRIGENT pour ce premier semestre de vasculaire dans la bonne humeur, ta gentillesse et ton humour. J'espère pouvoir travailler à tes côtés.

Au Docteur J. GUILLAUMAT pour ta gentillesse et tes conseils.

A mes deux co-internes : A Quentin, au côté de qui j'ai découvert la médecine vasculaire. Merci pour ton humour, ton intégrité et tes conseils. Ça sera un grand plaisir de continuer de travailler avec toi. A Guillaume, ensemble nous terminons notre internat, merci pour ton soutien et ton écoute.

A toute l'équipe des Explorations Vasculaire du CHU de Nantes.

Aux médecins rencontrés lors des différents terrains de stage et qui ont participé à ma formation :
Au Docteur A. PICAUD, Au Docteur O. MORFOUACE, au Docteur O. MARCHAND, au Docteur F. PERIOT-MORINIERE, au Docteur A. HAMELIN, au Docteur F. LEMERCIER.

Aux médecins généralistes qui se sont rendus disponibles pour les entretiens et qui ont permis de rendre possible cette thèse.

A mes parents, merci de m'avoir toujours fait confiance et soutenue pendant ces longues années d'études, pour votre amour et les valeurs que vous m'avez apprises.

A Maman et ton regard bleu apaisant, merci pour ton immense courage et ta douceur, pour être l'exemple incroyable que tu représentes à mes yeux, pour ta façon de me rassurer chaque jour, pour être si émue dès que j'ai pu faire quelque chose, de mon premier spectacle de danse à ce jeudi 8 octobre.

A Papa, dont je suis très fière également. Ton parcours est un bel exemple pour nous tous. Merci de nous avoir transmis le goût du voyage et de l'aventure. Pour ta grande générosité et les escapades en bateau. Tu te rapproches de moi bientôt, j'en suis très heureuse. Merci d'avoir apporté ton regard à cette thèse.

A Jean-Paul, merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années et de t'occuper si bien de Maman et Babou.

A mes deux sœurs : ma Nette, ma petite-grande sœur, merci pour tous ces souvenirs communs qui renforcent notre complicité, pour être là tout le temps et pour avoir cette épaule sur laquelle je peux me reposer, pour toutes tes attentions parfaites, et pour être aussi brillante ! Merci pour ta relecture et ton implication dans ce travail. A mon Babou, pour ta joie de vivre, pour ton innocence, et ce sourire qui nous fait fondre. L'avenir te réserve pleins de belles choses, j'en suis certaine. Je suis très fière de vous.

A ma Mata, qui fait toute mon admiration. Pour notre forte complicité, ta recette de gnocchi, et ton organisation dont « j'essaye » de m'inspirer. Merci d'avoir fondée cette belle famille et d'avoir toujours tout mis en œuvre pour que nous puissions passer du temps ensemble.

A Grand-père et Nona, merci pour être cette si belle histoire qui m'inspire et pour la famille solide et unie que vous avez construit. J'aurais aimé partager ce moment avec vous. Vous serez toujours dans mes pensées.

A ma précieuse famille :

Tantance, Philippe, Laurent, Amy, Alexandre, Sophie, Ibou, Théo, Matthieu, Eddy.

Anne, Philippe, Nath, Julien, Pierre, ma Caro, Sophie et Arthur.

A ma Aurore, ma chouquette, merci pour ton amitié fidèle, tous nos moments partagés, la facilité avec laquelle tu peux finir mes phrases quand je les commence, pour nos années magiques au huitième, pour toutes ces fingers-dance avec le globe en lumière de fond ! Je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés.

Aux copines du sud : ma Loulou (à côté Gisèle peut aller se rhabiller), ma Célia (et ton regard lumineux), ma Marlène (pour ton rire que j'entends d'ici, et à Roman et votre magnifique Léon)

A Oliv et Jerem, pour la découverte de l'externat à vos côtés dès cette soirée, où vous aussi, vous faisiez partie de l'équipe des jaunes! Depuis j'ai cette grande chance de vous avoir comme amis. Merci de ne pas être raisonnable et pour vos blagues sans limites. Pour être toujours là, malgré la distance !

Aux copains du Sud que je n'oublie pas :

A la gros-colle : Mister Groffroy, Jean-Vic et Goraure qui ont permis de rendre cette année de D4 plus facile. Pour notre amour commun pour faire « bombance autour de repas légers » et à votre réussite !

Et à Snoop, Sam, Juju, Chloë, Lisa, Seb, Tibs, Karin, Alix, Marie, Alex, Moulti.

Aux amis Nantais :

Ma petite Dorothée, pour ta bonne humeur (et tes minis burns), ton côté épicurien, et nos instants « matures ».

Ma Lison, pour ta spontanéité, les débriefs-detox, ta joie de vivre, tes douces attentions, ces 6 mois merveilleux de colocation.

A Camille (pour m'avoir expliqué où était rangé la pochette, et pour ce lendemain de garde avec Doro où tu es même allé jusqu'à manger une « crêpe de la mer ») et à Moles (pour la plus belle descente de snow)

A Raph, Tito, Charlotte, Cécile, Lou, Hélène D, Hélène B, Pauline, Dom, Nico, Les Bobos, Anne et Arnaud.

Et à mon Dylan, ma plus belle rencontre et ma force tranquille. Pour avoir la chance de partager ma vie avec toi. Merci pour ton soutien, ta patience, ton réconfort, et de me rendre autant heureuse au

quotidien.

Liste des abréviations

FA : Fibrillation Atriale

FANV : Fibrillation Atriale Non Valvulaire

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

EP : Embolie Pulmonaire

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

AVK : Antagonistes de la Vitamine K

NACO : Nouveaux Anticoagulants Oraux

INR : International Normalized Ratio

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Interuniversitaire

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence de Soins

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

HAS : Haute Autorité de Santé

EMA: Agence Européenne des Médicaments

ENEIS : Enquête National des Effets Indésirables

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

SMR : Service Médical Rendu

I1 : Investigateur 1

I2 : Investigateur 2

US : Unités de Sens

CC : Catégorie Concordante

CD : Catégorie Discordante

NC : Nouvelle(s) Catégorie(s)

CA : Catégories Assemblées

CT : Catégories Totales

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	10
1. Historique de l'anticoagulation orale.....	12
1.1. De l'histoire hasardeuse des AVK.....	12
1.2. Vers la recherche d'une anticoagulation dite idéale.....	13
1.2.1. Les limites des AVK.....	13
1.2.2. Recherche d'amélioration : apparition des AOD.....	15
2. Quelques données épidémiologiques.....	17
3. Rôle du médecin généraliste et l'arrivée des nouveaux anticoagulants.....	19
3.1. Rôle du médecin généraliste.....	19
3.2. Perception du risque thromboembolique par les médecins.....	20
3.3. Défaut de prescription des AOD par les médecins généralistes.....	21
4. Le choix de l'approche qualitative.....	21
4.1. Objectif de l'étude.....	21
4.2. Choix de l'approche qualitative.....	21
II. MATERIELS ET METHODES.....	23
1. Le type d'étude.....	23
2. Echantillonnage.....	23
3. Le guide d'entretien.....	23
4. Les entretiens.....	24
5. Analyse des entretiens.....	24
III. RÉSULTATS.....	26
1. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	26
2. Saturation des données.....	26
3. Le double codage.....	27
4. Analyse des résultats.....	30

4.1.	Une remise en question de l'identité professionnelle du médecin généraliste	33
4.1.1	Rôle du médecin généraliste arrive dans un deuxième temps	33
4.1.2	Un sentiment de perte de contrôle.....	34
4.1.3	Une sensation de privation de liberté.....	34
4.1.4	Menace la relation médecin/malade.....	35
4.2.	La décision thérapeutique du médecin généraliste est fragile.....	35
4.2.1.	L'influence des spécialistes, des pairs et du personnel soignant.....	36
4.2.2.	Les sources d'informations	37
4.2.3.	Le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique	37
4.2.4.	L'influence du coût	39
4.2.5.	L'influence de leur propre ressenti.....	40
4.3.	Une alternative cependant séduisante	41
4.3.1.	Des médicaments qui ont fait leurs preuves.....	41
4.3.2.	Pas de réticence à leur utilisation.....	42
4.3.3.	Une facilité d'emploi	42
4.4.	Des habitudes difficiles à changer.....	44
4.4.1.	La comparaison aux AVK	44
4.4.2.	Perception des risques et domination du risque hémorragique.....	45
4.4.3.	Perçus encore comme trop récents.....	46
4.4.4.	Des doutes sur l'efficacité et la sécurité.....	47
4.4.5.	Un accueil avec une grande prudence.....	48
IV.	DISCUSSION	50
1.	Principaux résultats	50
2.	Comparaison des principales catégories à la littérature	52
2.1	Pratique des médecins généraliste face à l'arrivée d'une nouvelle thérapeutique	52
2.1.1	Deuxième prescripteur	52
2.1.2.	Patient type.....	53
2.2.	Déterminants encourageant la prescription d'un AOD	54
2.2.1.	Simplification de la pratique du médecin et confort du patient	54
2.3.	Déterminants n'encourageant pas la prescription des AOD	55
2.3.1.	L'absence d'antidote	55
2.3.2.	Interrogation sur le coût	56
3.	Les investigateurs de l'étude	56
3.1	Investigateur 1.....	56
3.2.	Investigateur 2.....	57
4.	Aspects méthodologiques.....	57
4.1.	Recrutement des médecins et description de l'échantillon	57
4.2.	Conditions d'examens adaptées	57
4.3.	Analyse par double codage	58

V. CONCLUSION.....	59
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	60
VII. ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Interactions communes à tous les anticoagulants	64
Annexe 2 : interactions propres aux AVK.....	64
Annexe 3 : Interactions propres aux AOD	65
Annexe 4 : Courriel adressé aux médecins	66
Annexe 5 : Descriptif des médecins généralistes	67
Annexe 6 : Compilations des entretiens, unités de sens et catégories associées	69
Annexe 7 : Ensemble des catégories et leurs unités de sens	155
Annexe 8 : Thèmes principaux et catégories	162
VIII. RÉSUMÉ	165

I. Introduction

Les anticoagulants oraux sont des médicaments indispensables et d'utilisation fréquente dans l'arsenal thérapeutique du médecin. Ils sont utilisés à la fois dans le traitement de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) (Thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)) mais également dans la prévention des événements thromboemboliques chez les patients atteints d'une fibrillation atriale (FA) ou d'une prothèse valvulaire. En France, 1% de la population générale serait atteint d'une FA, et sa prévalence augmente avec l'âge puisqu'elle touche plus de 10% des plus de 80 ans (1). Elle représente la très grande majorité des indications thérapeutiques aux anticoagulants oraux. En ce qui concerne la MTEV, l'incidence annuelle de la TVP est estimée à 120 pour 100 000 et celle de l'EP, qui en est la conséquence principale, se situe entre 60 et 111 pour 100 000 cas (2). Son incidence augmente aussi considérablement avec l'âge, passant de 0.1 pour mille personnes chez les hommes âgés de 20 à 39 ans, à 8,9 pour mille après 75 ans (3).

En raison de la surmortalité et des séquelles de ces événements, du nombre croissant de sujets atteints, des conséquences sociales, économiques et médicales, les anticoagulants oraux représentent un enjeu majeur de santé publique. Le nombre de sujets traités en France en 2013 par un anticoagulant oral est estimé à environ 1,5 millions (4).

Depuis plus de soixante ans, les anticoagulants oraux sont dominés par les antagonistes de la vitamine K (AVK) qui restent la classe thérapeutique de référence. Ils ont pu démontrer par de nombreuses études cliniques, leur efficacité dans ces indications (5). Cependant, leur gestion pour le médecin généraliste reste délicate en raison de nombreuses interactions médicamenteuses et alimentaires, de leur marge thérapeutique étroite et d'une grande variabilité interindividuelle. L'effet anticoagulant peut ainsi varier de manière importante et il convient de surveiller l'efficacité thérapeutique par un contrôle biologique régulier. Dès lors que l'anticoagulation se trouve hors de la fenêtre il existe donc un risque hémorragique ou thrombotique non négligeable. Les inconvénients de ces anticoagulants conventionnels ont incité l'industrie pharmaceutique à développer de nouvelles molécules.

Il apparaît dans ce contexte, une nouvelle forme d'anticoagulation orale, annoncée comme révolutionnaire : les anticoagulants oraux directs (AOD). Ceux-ci visent à remplacer les AVK en termes d'efficacité, sans leurs inconvénients : absence de contrôle sanguin, posologie fixe et délai d'action rapide.

Aujourd'hui on remarque un large recours à ces nouvelles molécules bien que les AVK restent encore majoritairement prescrits (4).

Le médecin traitant occupe un rôle central dans la stratégie thérapeutique. C'est pourquoi nous avons

voulu dans ce travail, explorer leurs ressentis, leurs perceptions et leurs espoirs face à l'arrivée des AOD.

Afin d'exposer la méthodologie et les résultats de notre travail, nous allons dresser un résumé de l'historique et des différents anticoagulants oraux disponibles pour le médecin généraliste, afin de mieux situer le contexte de notre étude.

1. Historique de l'anticoagulation orale

1.1. De l'histoire hasardeuse des AVK

Les AVK ont été découverts de manière inopinée grâce à leurs effets indésirables. Dans les années 1920 des biologistes danois dirigés par le chimiste Carl Peter Henrik Dam étudiaient le rôle du cholestérol dans l'alimentation. Des poussins étaient soumis à un régime alimentaire pauvre en lipides. Ils constatèrent, au cours de cette expérience, l'apparition d'hémorragies intestinales et sous-cutanées. Dam rechercha l'origine de cette substance, dont la privation induisait des saignements, et conclut qu'elle ne pouvait être qu'une substance liposoluble. Il nomma cette substance la « Vitamine K » de l'allemand et du danois « Koagulation » (6). Dam purifia la vitamine K et sa synthèse fut réalisée en 1939 avec l'aide d'Edward Doisy. Ces découvertes auront valu à ces deux scientifiques le Prix Nobel de médecine en 1943 (7).

Parallèlement, une équipe de vétérinaires américains explorent l'origine d'une maladie intestinale hémorragique qui décime des troupeaux de bétail ayant consommé du trèfle doux avarié. Quelques années plus tard, en 1939, Karl Link et son équipe dans le Wisconsin, identifièrent la molécule responsable: la 3,3'-diméthylène, 4-hydroxycoumarine dont la fermentation conduit à un effet anticoagulant. Il la synthétisa la même année et la nomma le Dicoumarol. Elle sera utilisée pour la première fois chez l'humain en 1940. A partir du Dicoumarol, Link développera plus tard, la Warfarine, premier AVK de synthèse qui permet de bloquer plusieurs étapes de la coagulation en diminuant la synthèse des facteurs vitamines K dépendants, ce qui lui confère son activité anticoagulante. Elle est initialement utilisée comme rongicide, provoquant des hémorragies intestinales aiguës fatales (8). D'une efficacité supérieure au Dicoumarol, elle sera utilisée pour la première fois chez l'homme en 1951. Les essais cliniques sur la Warfarine ne débuteront qu'en 1953 aux Etats-Unis.

Les AVK seront les premiers anticoagulants oraux utilisés en France dans les années 1950. Il en existe deux familles :

- Les coumariniques dérivés du Dicoumarol, qui regroupent la Warfarine (Coumadine® 2mg et 5mg) et l'Acénocoumarol (Sintrom® 4mg et Minisintrom® 2mg).
- Les dérivés de l'Indanédione composés de la Fluindione (Préviscan® 20mg) qui reste à ce jour la molécule la plus prescrite en France (80% des utilisateurs d'AVK en France en 2013) (4).

L'Acénocoumarol et la Fluindione arriveront en France plus tard, dans les années 1990.

1.2. Vers la recherche d'une anticoagulation dite idéale

1.2.1. Les limites des AVK

Cependant l'utilisation des AVK n'est pas dénuée de risques. Elle demeure en France, depuis un peu plus de 60 ans d'utilisation, la première cause de iatrogénie médicamenteuse.

L'étude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque) menée en 2007 permet de confirmer que les AVK sont à l'origine du plus fort taux d'hospitalisation pour effets indésirables, soit 12.3% des hospitalisations par an (9).

L'enquête ENEIS (Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liées aux Soins) 1 et 2 confirment que les anticoagulants, dont les AVK sont la première classe pharmacologique, arrivent en France au premier rang des médicaments responsables d'accidents iatrogènes graves (37 % en 2004 et 31 % en 2009 des événements indésirables graves rapportés liés au médicament) (10). On estime le nombre de décès liés aux accidents hémorragiques sous AVK à environ 5000 par an (11).

C'est un enjeu important de santé publique et c'est pour ces raisons que l'AFSSAPS (L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) a retenu ce problème de santé publique comme thème d'action prioritaire sur la iatrogénie médicamenteuse. La HAS (Haute Autorité de Santé) édite en 2008 des recommandations précises sur la prise en charge des patients traités par AVK lors de complications hémorragiques ou en cas de surdosage.

Les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques sont directement responsables de cette iatrogénie (12) :

- Un long délai d'action (Tableau I)

Ils ont l'avantage de pouvoir être pris par voie orale mais nécessitent en général une anticoagulation parentérale préalable avant d'atteindre une anticoagulation efficace.

Tableau I : Pharmacocinétique des AVK

DCI	Nom de spécialité	Demi-vie	Délai d'action	Durée d'action
Warfarine	Coumadine®	35 - 45 heures	36 - 72 heures	4 jours
Fluindione	Previscan®	31 heures	36 - 72 heures	3 - 4 jours
Acénocoumarol	Sintrom® et Mini-Sintrom®	8 - 11 heures	36 - 72 heures	2 - 4 jours

- Une réponse variable aux AVK et une marge thérapeutique étroite

Les AVK restent des molécules très délicates à manipuler. D'une part en raison d'une marge thérapeutique très étroite et d'autre part en raison de l'importante variabilité inter- et intra-individuelle de la réponse au traitement. Ces causes sont multiples : physiopathologiques (âge, sexe, indice de masse corporelle, comorbidités, pathologies intercurrentes aiguës), environnementales (alimentations et médicaments) et génétiques. On observe par exemple une diminution de l'ordre de 6% de la dose à l'équilibre par décennie (13, 7).

L'équilibration de la dose efficace est de ce fait obligatoire et s'effectue par monitoring de l'INR (International Normalized Ratio) (14). Les patients passeraient seulement 60% de leur temps avec un INR dans l'intervalle thérapeutique (15).

- Nombreuses interactions alimentaires et médicamenteuses (16,11, Annexe 1, Annexe 2)

L'efficacité des AVK dépend de la quantité de vitamine K ingérée quotidiennement. Certains aliments sont très riches en vitamine K (laitue, choux, épinards, choux fleur, choux de Bruxelles, tomates, carottes...). Leur consommation est bien sûr autorisée mais doit se faire avec modération. On déconseille l'usage de la phytothérapie qui peut contenir de la vitamine K. L'absorption régulière et importante d'alcool diminue aussi l'effet anticoagulant. On recommandera une alimentation équilibrée et constante dans le temps.

Il existe également de nombreuses interactions médicamenteuses qui peuvent être à l'origine d'un

déséquilibre du traitement ou d'un accident. Certains médicaments potentialisent l'effet de l'AVK, alors que d'autres l'inhibent. Le patient doit en être informé et doit être mis en garde des dangers de l'automédication. Il faudra être particulièrement vigilant chez les patients plus à risque, notamment les personnes âgées, souvent polyopathologiques et polymédiqués (17).

Pour toute modification thérapeutique (introduction, changement de posologie, arrêt d'un médicament), le contrôle de l'INR doit se faire dans les trois à quatre jours qui suivent.

Le patient doit avoir connaissance de la sensibilité de son traitement aux diverses interactions alimentaires et médicamenteuses. L'éducation thérapeutique est une étape essentielle lors de la mise en route d'un traitement par AVK.

1.2.2. Recherche d'amélioration : apparition des AOD

L'ensemble des inconvénients et des effets indésirables des AVK poussent le milieu scientifique à rechercher des améliorations avec la volonté de satisfaire les caractéristiques d'un anticoagulant idéal. Les avantages attendus à efficacité identique voir supérieure sont l'amélioration de la qualité de vie du patient, l'absence de surveillance biologique, être actif par voie orale à dose fixe, avoir un délai d'action rapide et être à moindre risque (18).

Ainsi, les AOD font leur apparition dans les années 2000. Leur mécanisme d'action diffère de celui des AVK, ils inhibent de manière sélective un des deux facteurs essentiels de la cascade de la coagulation (la thrombine II ou le facteur X activé). La réduction de la variabilité de l'effet anticoagulant, autorise un schéma thérapeutique plus simple, avec des doses fixes, une absorption rapide par voie orale et une demi-vie plus courte. Contrairement aux AVK, ils ne nécessitent pas de monitoring biologique et présentent moins d'interactions alimentaires et médicamenteuses.

Ils obtiennent progressivement une autorisation Européenne de mise sur le marché et sont autorisés dans les mêmes indications que les AVK : prévention des accidents thromboemboliques chez les patients adultes avec une FA non valvulaire (FANV) et prévention et traitement de la MTEV.

La première molécule commercialisée en France en juillet 2005 est un inhibiteur direct de la thrombine, le Ximelagatran (EXANTA 24mg). Mais en 2006, l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) est retirée en raison d'une forte toxicité hépatique révélée lors d'un essai clinique (19).

Arrive ensuite le Dabigatran (Pradaxa® 110mg) qui sera commercialisé en 2008. Il s'agit également d'un inhibiteur direct de la thrombine.

Apparaissent ensuite le Rivaroxaban (Xarelto® 10mg, 25mg, 15mg) en janvier 2009 et l'Apixaban (Eliquis® 2.5mg et 5mg) en janvier 2012. Ils sont tous deux des inhibiteurs directs du facteur X activé (facteur Xa) (11).

L'Edoxaban (Lixiana® 15mg, 30mg, 60mg), inhibiteur direct du facteur Xa, devrait rejoindre bientôt les trois autres AOD commercialisés en France. Il a reçu en avril 2015, un avis favorable, par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA), pour l'octroi de l'AMM dans le traitement et la prévention des TVP et en prophylaxie des événements thromboembolique dans la FA (20).

Enfin un quatrième anti Xa, le Betrixaban n'en est encore actuellement qu'en phases II et III de son développement clinique (21).

Tableau II : Résumé des Caractéristiques des AOD (22)

Caractéristique	Apixaban (Eliquis®)	Dabigatran (Pradaxa®)	Rivaroxaban (Xarelto®)
Cible	Facteur Xa	Thrombine	Facteur Xa
Demi-vie	Environ 12 h	12–17 h	7–12 h
Élimination	27 % rénale	80 % rénale	33 % rénale
Interactions	Glycoprotéine P et cyt. P450	Glycoprotéine P	Glycoprotéine P et cyt. P450
Antidote	Aucun	Aucun	Aucun
Efficacité (/AVK)	Supériorité	110 mg : non-infériorité 150 mg : supériorité (FA), non-infériorité (MTEV)	Non-infériorité
Risque hémorragique (/AVK)			
H. majeures	Diminué	110 mg : diminué 150 mg : comparable	Identique
H. intracrâniennes	Diminué	Diminué	Diminué
AVC h.	Diminué	Diminué	Diminué
H. digestives		150 mg : augmenté	Augmenté
Mortalité globale	Comparable	Comparable	Comparable
AMM			
PTH, PTG	2,5 mg : SMR important, ASMR IV (mineure)	75 mg, 110 mg : SMR important, ASMR V (absence)	10 mg : SMR important, ASMR IV (mineure)
FA		110 mg, 150 mg : SMR important, ASMR V (absence)	15 mg, 20 mg : SMR important, ASMR V (absence)
TVP			15 mg, 20 mg : SMR important, ASMR V (absence)

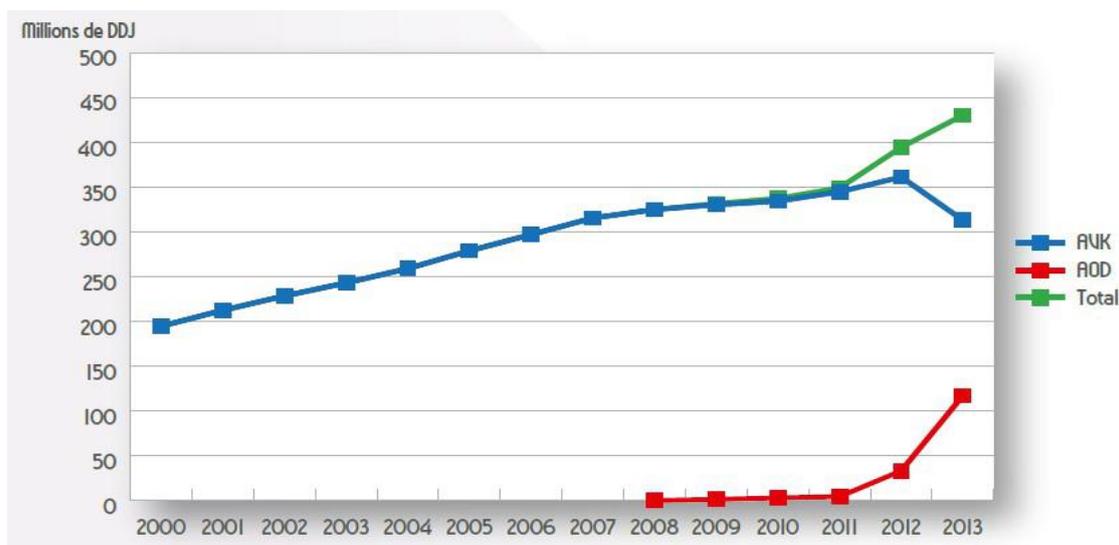
2. Quelques données épidémiologiques

En France en 2013, 2,1% de la population couverte au régime général de la sécurité sociale a perçu un remboursement d'anticoagulants oraux. On peut estimer le nombre de sujets traités en 2013 à 1,5 millions, d'âge moyen 72,5 ans avec une proportion de 30% de plus de 80 ans.

Les ventes d'anticoagulants oraux ont doublé entre 2000 et 2013, avec une croissance plus marquée en 2011 (4, Illustration 1).

Parmi les anticoagulants oraux, les ventes d'AVK restent largement supérieures (elles ont pratiquement doublé entre 2000 et 2012) et commencent à décroître depuis 2013. Cette décroissance est concomitante à l'apparition des AOD dans le panel des médicaments disponibles pour le médecin et surtout depuis l'extension de leurs indications à la fibrillation atriale non valvulaire en 2012. La vente des AOD a eu une progression très rapide depuis leur commercialisation en 2008. On constate à ce jour, un large recours à ces médicaments en première et en seconde intention au-delà des recommandations des autorités sanitaires qui placent toujours les AVK en première intention dans la FANV (23). Ainsi en moins d'un an en 2012, près de la moitié des patients candidats à une anticoagulation s'est vue prescrire un AOD. L'étude menée en 2012 par l'assurance maladie souligne et constate des prescriptions parfois inappropriées ou faites dans des situations à risque hémorragique majoré. Ainsi le ministère de la santé, l'ANSM et la HAS ont mené une campagne de sensibilisation auprès des médecins, et on a pu remarquer que depuis octobre 2013 l'utilisation des AOD a tendance à se stabiliser, ce qui peut refléter l'efficacité de leurs actions conjointes (24).

Illustration 1 : Evolution annuelle des ventes des anticoagulants oraux en France de 2000 à 2013 (3)



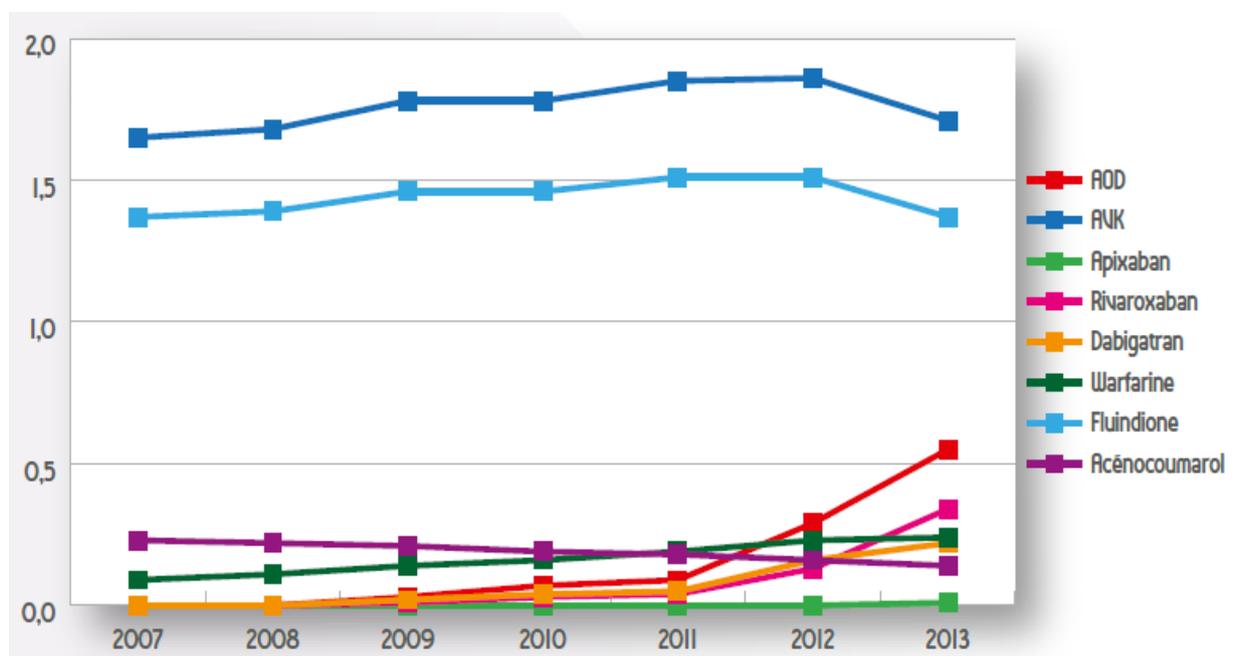
DDJ = Dose Définie Journalière : posologie de référence pour un adulte de 70kg dans l'indication principale de chaque molécule, définie par l'OMS.

La Fluindione est le principal AVK consommé en France et représente 80% des utilisateurs d'AVK en 2013. Quant aux AOD, le Dabigatran était initialement la molécule la plus vendue jusqu'en 2013, puis elle est dépassée par le Rivaroxaban. Il est très probable que la tendance s'accroisse davantage car depuis le 1^{er} septembre 2015, le Dabigatran enregistre une diminution de son remboursement des caisses d'assurance maladie à l'assuré (fixé à 30% au lieu de 65%) devant un SMR (Service Médical Rendu) rétrogradé de « important » à « modéré » (25). Le Rivaroxaban, et l'Apixaban conservent par ailleurs un taux de remboursement de 70% dans leurs indications, ce qui leur confère une place privilégiée.

L'Apixaban reste la molécule la moins utilisée, mais on peut s'attendre à une augmentation de son utilisation depuis l'extension de son AMM à la fibrillation atriale non valvulaire en 2014 (4, 26, Illustration 2).

Les patients sous AOD sont généralement plus jeunes que les patients sous AVK. On peut expliquer cette tendance par une proportion croissante des patients sous AOD et le maintien des AVK chez des patients stabilisés sous ce traitement.

Illustration 2: Evolution annuelle d'utilisation (en %) des anticoagulants oraux de 2007 à 2013 (4)



3. Rôle du médecin généraliste et l'arrivée des nouveaux anticoagulants

3.1.Rôle du médecin généraliste

Bien que le médecin généraliste soit peu souvent à l'initiative d'une anticoagulation, il reste le principal interlocuteur d'un patient sous anticoagulant. Il assure surtout le suivi, le renouvellement, et l'éducation du patient. Son rôle est donc central et s'articule autour de plusieurs axes de prise en charge : (16, 27, 28)

- Identifier les patients candidats à une anticoagulation orale.
 - Proposer parmi le nouvel arsenal thérapeutique des anticoagulants maintenant disponibles, la molécule la plus adaptée au profil individuel de chaque patient selon ses comorbidités, son traitement habituel son risque thrombo-embolique et son risque hémorragique.
 - Délivrer une information spécifique sur chaque traitement et informer le patient du risque d'interactions médicamenteuses et alimentaires, de l'automédication, des risques liés au surdosage ou sous-dosage (Annexes 1, 2 et 3).
 - S'assurer de l'observance, l'efficacité et la sécurité du traitement dans la pratique quotidienne.
 - Assurer une surveillance en réévaluant régulièrement le risque thromboembolique et la balance bénéfique/risque du traitement anticoagulant.
 - Gérer l'interruption du traitement anticoagulant en cas de gestes diagnostiques ou thérapeutiques invasifs.
 - Repérer les signes cliniques hémorragiques précoces et évaluer le risque hémorragique de chaque patient.
- Particularités des AVK
 - En raison des nombreuses interactions médicamenteuses et alimentaires, l'éducation thérapeutique occupe une place centrale.
 - Le médecin généraliste devra assurer une surveillance biologique régulière de l'INR. Celui-ci permet de déterminer la dose optimale pour chaque patient, de vérifier l'efficacité et l'équilibre du traitement, et de rechercher un surdosage asymptomatique. Il reflète aussi l'observance du patient.

- Particularités des AOD

- Un aspect des AOD, présenté comme un avantage, est l'absence de contrôle sanguin de routine pour estimer l'activité anticoagulante. Par contre, leur demi-vie est plus courte, ce qui pourrait être un désavantage en cas d'oubli de prise.
- Bien que moins nombreuses que les AVK, les interactions médicamenteuses avec les AOD devront être scrupuleusement dépistées. Il n'a pas été rapporté d'interactions alimentaires.
- Du fait d'une élimination rénale, ils ont une contre-indication absolue en cas de clairance de la créatinine inférieure à 15ml/min (inférieure à 30ml/min pour le Dabigatran). Le médecin devra donc être attentif à la fonction rénale du patient, car une dégradation au cours du traitement, même légère, risque d'augmenter l'apparition de complications hémorragiques. Il convient d'être encore plus prudent chez les patients âgés souvent polymédiqués avec des médicaments susceptibles de réduire leur élimination rénale. Dans ce but la HAS publie des recommandations sur le rythme de surveillance de la fonction hépatique, la fonction rénale et la NFS lors d'un traitement curatif pour la FANV (23).
- La prise en charge d'une hémorragie sous AOD, dépendra de son importance. Une prise en charge ambulatoire demandera une implication importante du médecin généraliste. Une hémorragie non facilement contrôlable devra de toute évidence être prise en charge dans une structure hospitalière. En attendant la commercialisation d'antidotes spécifiques, les concentrés de complexes prothrombiniques (PPSB) ou le plasma frais congelé sont les moyens thérapeutiques recommandés en cas d'hémorragies graves.

3.2.Perception du risque thromboembolique par les médecins

D'après les données de l'assurance maladie, un certain nombre de prescriptions d'anticoagulants sont non conformes à leurs indications. Mais il semblerait aussi, que d'une manière générale, les médecins perçoivent le risque hémorragique et thromboembolique de manière différente que ceux établis par les données scientifiques. Malgré un bénéfice clairement mis en évidence dans la littérature, les anticoagulants sont aussi sous-utilisés dans leurs indications (29). Les personnes âgées, souvent plus à risques de complications thromboemboliques, sont au contraire la population où la sous-utilisation est le plus marquée (30). Les médecins généralistes redouteraient encore plus le risque hémorragique chez les patients âgés. Les connaissances insuffisantes et le manque d'applicabilité des recommandations semblent expliquer ces résultats. En effet les scores cliniques recommandés évaluant le risque thrombotique (CHA2DS2-VASC) et hémorragique (HAS-BLED) sont peu utilisés

par les médecins généralistes (22).

3.3. Défaut de prescription des AOD par les médecins généralistes

Actuellement le décalage entre les recommandations françaises, qui placent les AOD en seconde ligne (23) (indiqués chez les patients avec des INR instables, ou en cas d'intolérance ou de contre-indications des AVK) et les recommandations Européennes (31, 32) qui les situent au contraire en première ligne, est probablement source de confusion dans la communauté médicale.

Le mode de prescription face aux AOD, comme pour les AVK, diffère selon la spécialité du médecin. En effet les médecins généralistes se positionnent plutôt dans le renouvellement des AOD alors que les angiologues et les cardiologues sont plus souvent à l'initiative de ces traitements. En effet, ces derniers constatent et confirment un diagnostic qui relève d'une anticoagulation (FA, TVP, EP) et peuvent débiter plus facilement le traitement.

Quant aux médecins généralistes primo-prescripteurs, ils prioriseront plutôt les AVK. Selon la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), lors d'une indication à une anticoagulation, les cardiologues libéraux initient dans $\frac{3}{4}$ des cas un AOD en première intention (73%) alors que les médecins généralistes le prescrivent dans $\frac{1}{3}$ des cas (35%). On remarque aussi une diminution des prescriptions d'AOD en première intention chez les médecins généralistes depuis 2013 (24).

Certains médecins font aussi le choix de modifier la prescription faite par un spécialiste au profit d'un AVK.

4. Le choix de l'approche qualitative

4.1. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude était de faire émerger un ressenti global des médecins généralistes face à l'arrivée d'une nouvelle classe thérapeutique : les AOD.

4.2. Choix de l'approche qualitative

De nombreuses études quantitatives ont été menées sur ce sujet ces dernières années, mais l'approche qualitative permet d'explorer en profondeur les perceptions des médecins généralistes face à ces nouveaux anticoagulants oraux sans idées préconçues sur la nature de celles-ci. La méthode qualitative est souvent définie en opposition de la méthode quantitative, mais en réalité elles sont complémentaires car elles n'explorent pas les mêmes domaines de connaissance scientifique. L'approche qualitative permet d'échafauder une théorie explicative d'un phénomène alors que

l'approche quantitative est utilisée pour vérifier une hypothèse elle-même sous-tendue par une théorie préexistante (33).

Notre étude s'intéressant aux représentations, espoirs et attentes des médecins généralistes et non à la quantification des modalités d'une prise en charge thérapeutique, cette méthode nous paraissait particulièrement indiquée pour un abord compréhensif des déterminants de la prescription.

II. Matériels et méthodes

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, prospective, descriptive par entretiens semi-dirigés et analyse de contenu par itération sur le modèle de la théorie ancrée ou *grounded theory*. La collecte des données et l'analyse des verbatims ont été effectuées sans a priori conduisant à la formulation d'un cadre théorique explicatif.

2. Echantillonnage

Nous avons interrogé des médecins généralistes d'horizons et de pratiques différentes afin d'obtenir un échantillonnage varié regroupant potentiellement des médecins avec des idées différentes. Les médecins étaient choisis selon leur milieu d'exercice (urbain, semi-urbain, rural, semi-rural,), leur expérience dans leur pratique médicale, leur mode d'exercice, leur type de formation et leur niveau d'engagement dans l'enseignement.

Les critères de sélection étaient :

- Être titulaire d'un doctorat en médecine générale.
- Exercer de la médecine générale de manière libérale
- Exercer en région Loire-Atlantique.

Les médecins ont été contactés par courriel ou par téléphone. Au cours de ce contact, nous présentions le but de notre étude, la méthodologie employée et rassurions aussi sur le caractère anonyme des entretiens. Nous demandions aux médecins d'apporter lors de l'entretien, une situation clinique concrète où ils avaient été amenés à utiliser l'un des AOD. Cela permettait d'éviter de recueillir des généralités sur les AOD et de faire émerger un ressenti authentique à propos d'un cas particulier (Annexe 4).

3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien contient la liste des questions que l'investigateur souhaite poser au médecin interrogé. La première partie de ce guide d'entretien était composée de questions fermées afin d'évaluer le profil du médecin et la deuxième partie de questions ouvertes visant à recueillir les données qui allaient ensuite être analysées. Le guide d'entretien n'était pas figé, des questions de relance pouvaient être intercalées si l'investigateur jugeait que la réponse n'était pas en lien avec la question, ou si la réponse était trop vague et peu informative. L'ordre des questions n'était pas défini

et pouvait varier en fonction du déroulement des entretiens.

4. Les entretiens

Les entretiens individuels se sont déroulés d'octobre 2014 à mai 2015. Ils ont été menés par l'investigateur 2 (I2) lors d'un temps dédié choisi par les médecins à leur cabinet. Chaque discussion était enregistrée grâce à un enregistreur audio avant d'être intégralement retranscrit. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes et 42 secondes. Le plus long entretien a duré 37 minutes et 46 secondes, le plus court 12 minutes et 11 secondes. La durée des entretiens dépendait de la disponibilité des médecins, leur intérêt et leur connaissance sur le sujet.

5. Analyse des entretiens

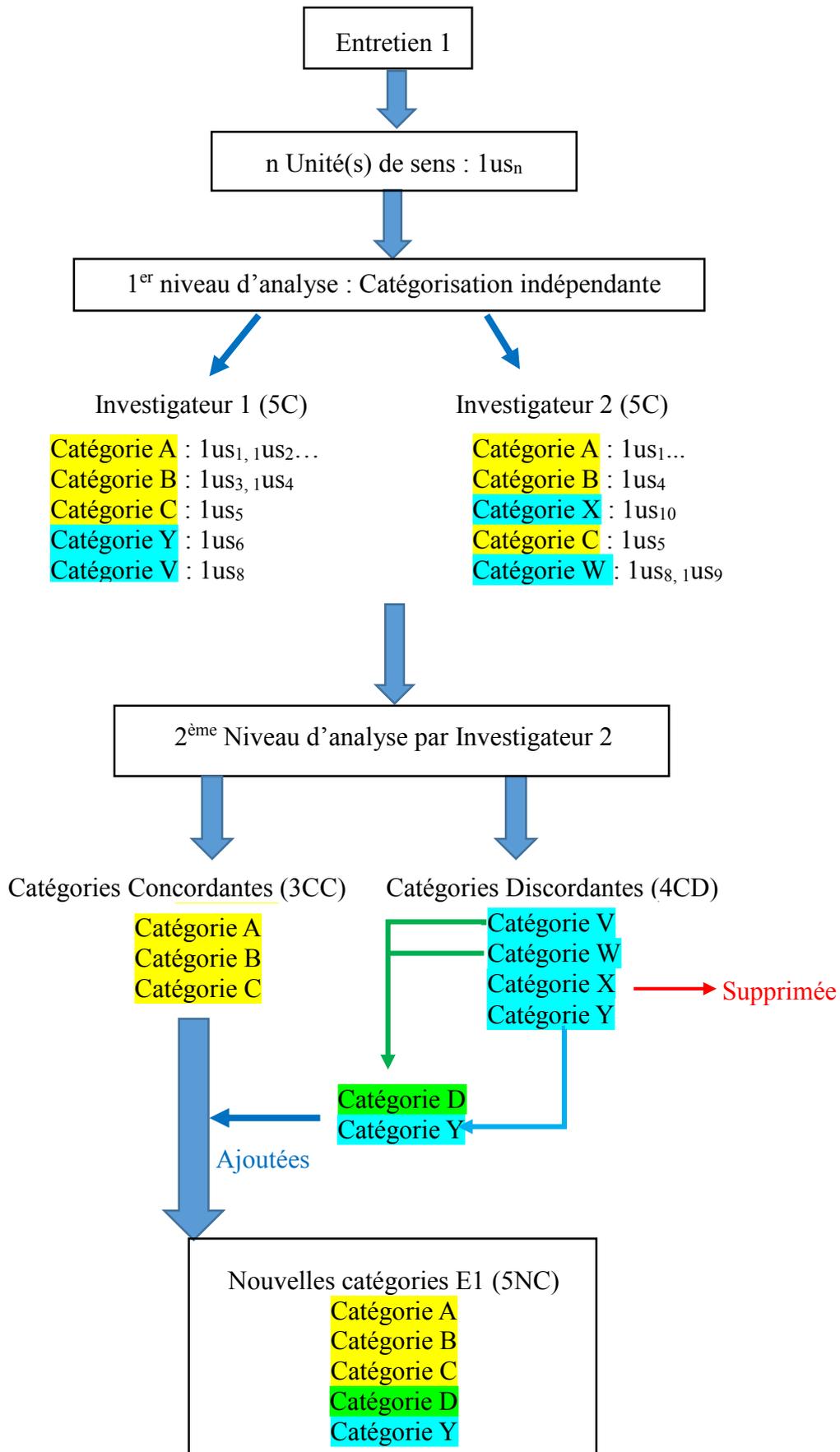
Chaque segment de texte pouvant avoir un sens pour notre étude a été codé en « unité de sens » (us) afin de lui donner une signification plus précise. Par exemple « Parce que je pense préférer un médicament sur lequel on a du recul » était codé en « Pas assez de recul ».

Les unités de sens étaient ensuite regroupées en catégories illustrant leur sens commun. Nous avons procédé à un double codage : chaque entretien faisait l'objet d'un codage indépendant des unités de sens en catégories par deux investigateurs : l'investigateur 1 et l'investigateur 2. Elles étaient ensuite toutes mises en commun afin de vérifier la correspondance des idées. Nous avons appelé « Catégories concordantes » (CC), les catégories identiques retrouvées par les deux investigateurs. Les « catégories discordantes » (CD) entre les deux investigateurs ont été ré-analysées par l'investigateur 2. Celui-ci, en se rapprochant du texte et des unités de sens avait trois possibilités : soit il créait une nouvelle catégorie (NC) à partir de l'une des CD, soit il supprimait une CD en réintégrant les unités de sens dans une ou plusieurs CC déjà existantes, soit il assemblait deux CD proches en sens global pour une nouvelle catégorie.

A la fin de l'analyse d'un entretien nous retenions l'apparition de « nouvelles catégories » (NC) qui regroupaient les CC des deux investigateurs et les catégories modifiées par l'investigateur 2.

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à l'obtention de la saturation des données, définie par l'absence de nouvelles catégories à l'entretien n+1. Les catégories ont été regroupées sous forme de « thèmes » afin d'illustrer les principales dimensions du ressenti des médecins généralistes sur les AOD.

Schéma 1 : Explication de la méthode d'analyse



III. Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillonnage

L'échantillon était composé de neuf médecins généralistes, quatre femmes et cinq hommes.

Sept médecins exerçaient en zone urbaine, un en zone semi-urbaine et un en zone semi-rural. Leur mode d'installation différait, un médecin exerçait en tant que médecin remplaçant, un autre exerçait seul dans un cabinet et les sept derniers travaillaient en association (soit avec un ou plusieurs confrères, soit dans une maison pluridisciplinaire).

Quatre des médecins rencontrés avaient une formation complémentaire à leur DES (Diplôme d'Etude Spécialisée) de médecine générale (DU de médecine préventive de l'enfant, DIU de gynécologie, DU médecine du sport), l'un avait une activité dans une EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) à temps partiel en tant que médecin coordonnateur et un autre effectuait des astreintes aux CAPS (Centre d'Accueil et de Permanence de Soins). Quatre médecins encadraient des internes et un encadrait des externes.

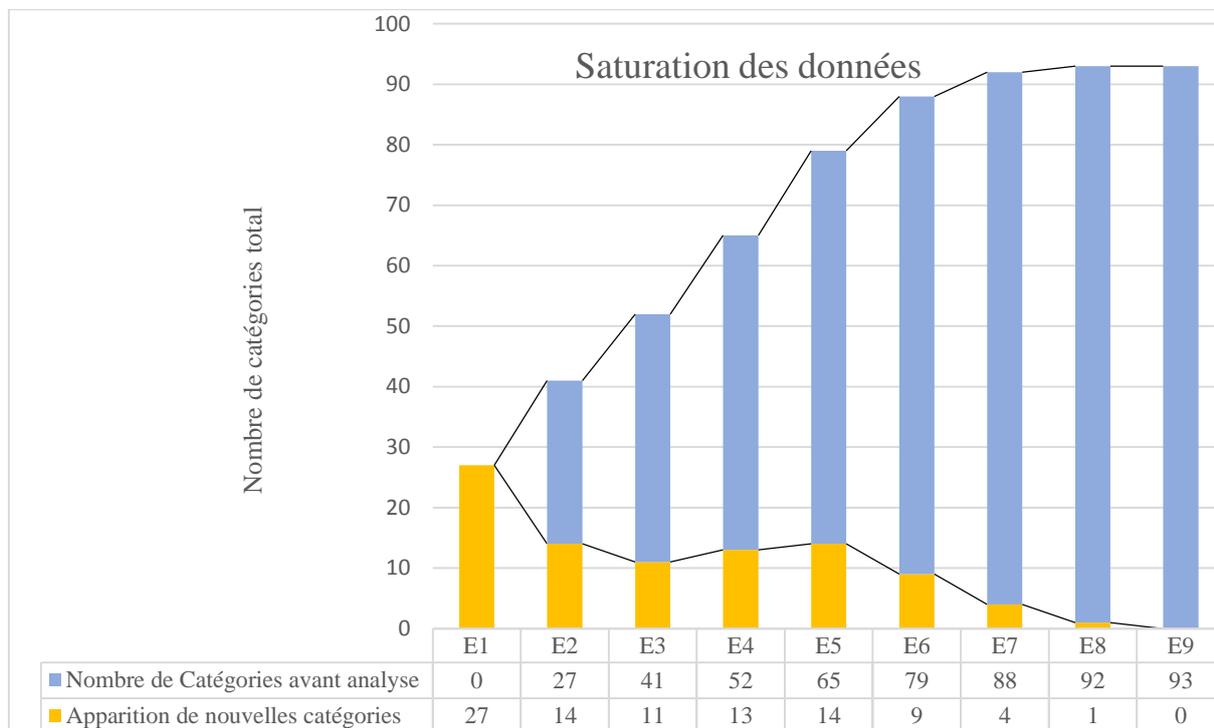
L'âge moyen des médecins était de 50,7 ans, avec des âges extrêmes de 32 ans à 68 ans.

Ils s'étaient installés entre 1970 et 1980 pour deux d'entre eux, entre 1990 et 2000 pour cinq d'entre eux et entre 2000 et 2015 pour deux d'entre eux. La médiane d'année d'exercice était de 19 années (Annexe 5).

2. Saturation des données

Nous avons donc réalisé neuf entretiens pour atteindre la saturation des données. En effet, lors de l'analyse du neuvième entretien, toutes les unités de sens ont pu être réparties dans les catégories préexistantes et ce de façon concordante pour les deux investigateurs. Vingt-et-une catégories ont été créées au premier entretien. Le total de catégories créées pendant l'analyse des 9 entretiens s'élève à 93. Le nombre de NC a commencé à se stabiliser dès le deuxième entretien, et à décroître à partir du cinquième entretien (Schéma 2).

Schéma 2 : La saturation des données



3. Le double codage

La comparaison des codes attribués à chaque unité de sens par les deux investigateurs permet de définir la fiabilité du codage. Selon Huberman et Miles, on peut estimer une fiabilité inter codeur selon la formule :

$$Fiabilité = \text{nombre de CC} / (\text{nombre de CC} + \text{nombre de CD})$$

Selon les données de la littérature, la fiabilité entre investigateurs dépasse rarement 70% (34). Dans notre analyse, nous avons fait le choix de dénommer ce paramètre par le terme plus explicite de « concordance inter investigateur ». Elle permettait d’apprécier le rapport de conformité des catégories entre investigateurs. Le double codage a été effectué sur l’ensemble des données recueillies. La concordance inter investigateur a varié de 61,1% (lors du premier entretien) à 100% (lors du neuvième entretien où la saturation des données était atteinte). Notre concordance moyenne était de 82,7%. Si on se réfère à la fiabilité inter codeurs décrite par Huberman et Miles cela confère à notre analyse une excellente fiabilité.

Dans nos résultats l'investigateur 1 retrouvait en moyenne plus de CD que l'investigateur 2. L'investigateur 2 a retrouvé, uniquement dans deux entretiens, plus de CD que l'investigateur 1. En effet, contrairement à l'investigateur 2, l'investigateur 1 ne disposait pas des retranscriptions des entretiens. Lorsque celui-ci avait un doute sur le sens d'une US, il ne pouvait pas se rapporter au texte de l'entretien pour mieux la comprendre. (Tableau III, Annexe 6 et 7)

Tableau III : Analyse des catégories par itération

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	Total
Nombre d'unités de sens de l'entretien	85	54	56	110	90	84	69	67	94	709
Nombre de Catégories avant analyse	0	27	41	52	65	79	88	92	93	
Catégories créées par investigateur 1	33	13	13	15	17	11	4	2	0	108
Catégories créées par investigateur 2	26	14	5	13	13	12	4	2	0	89
Catégories concordantes avec l'ancien entretien	0	9	14	27	26	27	29	26	39	197

Analyse des nouvelles catégories

Catégories discordantes investigateur 1	11	2	9	3	7	3	1	1	0	38
Catégories discordantes investigateur 2	3	3	1	1	3	4	1	1	0	16
Somme des catégories discordantes	14	5	10	4	10	7	2	2	0	54
Catégories concordantes parmi les nouvelles catégories	22	11	4	12	10	8	3	1	0	
Catégories de l'investigateur 1 rajoutées	4	2	6	1	3	1	0	0	0	
Catégories de l'investigateur 2 rajoutées	1	1	1	0	1	0	1	0	0	
Catégories de l'investigateur 1 supprimées	7	1	3	2	2	2	1	1	0	
Catégories de l'investigateur 2 supprimées	3	1	0	1	2	4	0	1	0	
Catégories de l'investigateur 1 assemblées	6 / 2	0	0	0	2	0	0	0	0	
Catégories de l'investigateur 2 assemblées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Analyse finale

Apparition de nouvelles catégories	27	14	11	13	14	9	4	1	0	
Catégories concordantes totales par entretien	22	20	18	40	36	35	32	27	39	
Catégories finales	27	41	52	65	79	88	92	93	93	
Saturation des données % (100%-(NC/CT))	0,0%	65,9%	78,8%	80,0%	82,3%	89,8%	95,7%	98,9%	100,0%	
Concordance inter-investigateur*	61,1%	80,0%	64,3%	90,9%	78,3%	83,3%	94,1%	93,1%	100,0%	

*concordance inter-investigateur moyenne : 82,7%

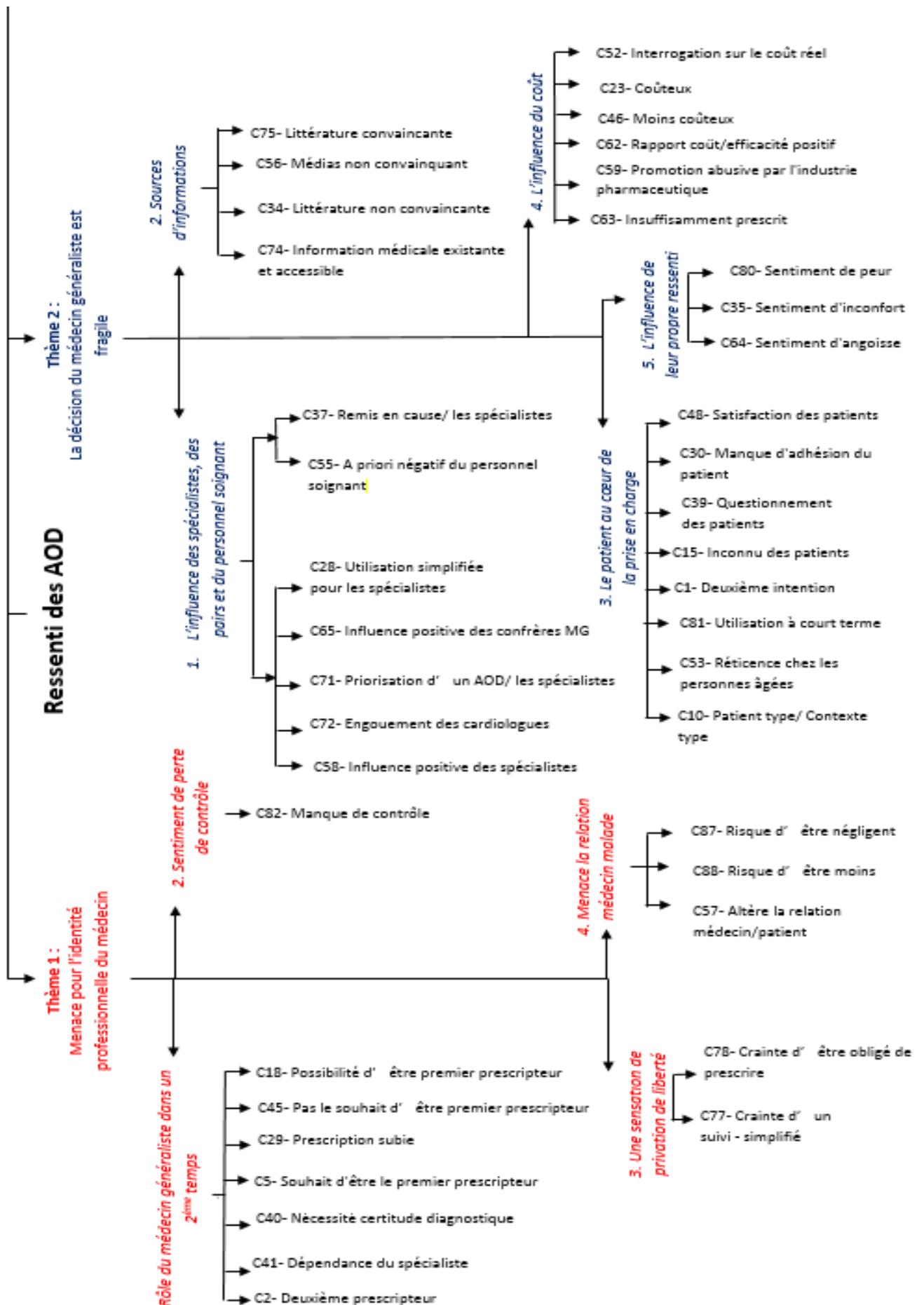
4. Analyse des résultats

Quatre grands thèmes se sont dégagés de l'analyse des 93 catégories obtenues (Schéma 3 : Arborescence des thèmes retrouvés)

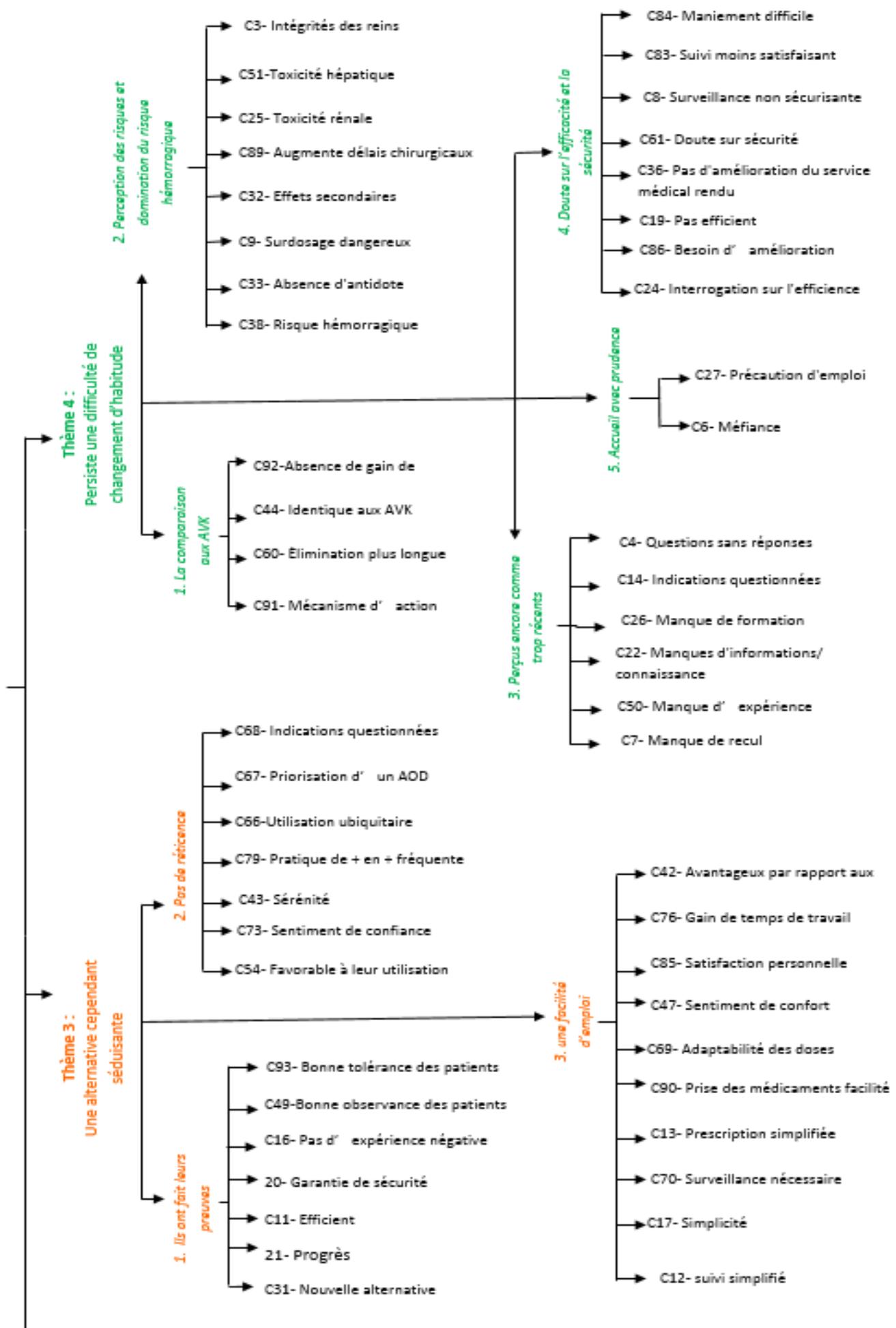
- 1 : Une remise en question de l'identité professionnelle du médecin généraliste
- 2 : La décision thérapeutique est fragile
- 3 : Les AOD représentent une alternative séduisante
- 4 : Mais persiste des difficultés de changement d'habitudes de prescription

Pour décrire le ressenti général des médecins généralistes, nous allons exposer nos résultats selon les quatre grands thèmes avec les catégories correspondantes.

Schéma 3 : Arborescence des thèmes retrouvés



Ressenti des AOD



4.1. Une remise en question de l'identité professionnelle du médecin généraliste

4.1.1 Rôle du médecin généraliste arrive dans un deuxième temps

L'ensemble des médecins rencontrés lors des entretiens se positionnent en tant que deuxième prescripteur. Ils laissent ainsi les médecins spécialistes (cardiologues, angiologues) ou les médecins hospitaliers, définir l'indication d'un AOD et débiter le traitement.

« Et du coup le cardiologue qui l'a revu (il s'agit d'une patiente avec des difficultés d'équilibre d'INR), en octobre donc quatre mois après juin, l'a mis sous Pradaxa. » [1us2, C2]

Il y a de ce fait une relation de dépendance aux médecins spécialistes qui valident l'introduction de l'AOD après avoir confirmé le diagnostic (FA, EP, TVP) et d'initier le traitement.

« Je ne fais pas l'instauration du traitement tout de suite, je demande l'avis du cardiologue, je reconnais. » [2us42, C41]

« Ils (les angiologues) nous donnent le schéma et à ce moment-là nous on prend le train en route [5us70, C41] et on renouvelle » [5us71, C2].

« le diagnostic il faut qu'il soit posé (par les médecins spécialistes) ! Je ne suis pas très sûre qu'on soit apte à les prescrire nous. » [8us55, C41]

« Et puis finalement on a quand même souvent besoin que le patient soit vu par un cardiologue, ou un angiologue... [9us61, C41] Enfin je veux dire, la phlébite par exemple, si j'ai une suspicion, j'appelle l'angiologue qui n'est pas loin du cabinet, et c'est lui qui mettra le Xarelto une fois qu'il aura vu la patiente. » [9us62, C40]

Certains médecins généralistes ont le sentiment de subir la prescription d'un AOD lorsqu'ils renouvellent l'ordonnance pour différentes raisons : ils ne sont pas d'accord avec le choix de l'anticoagulant, ils n'ont pas été concertés lors de l'introduction de l'anticoagulant ou ne se sentent pas impliqués dans la prise en charge.

« Et de but en blanc il l'a passé sous les nouveaux anticoagulants [2us2, C2] (...) Donc moi voilà, je n'ai pas été trop mise dans le coup... » [2us3, C29]

« par rapport à la prescription je ne me sentais entre guillemets pas concernée » [2us13, C29]

« Donc là ça a été mis en route sans me demander mon avis » [4us5, C29]

Pour autant la plupart des médecins généralistes ne se sentent pas encore suffisamment à l'aise avec la prescription et ne souhaitent pas être à l'initiative de ces traitements.

« *Ce n'est pas indispensable [6us43, C45]. C'est pas que je ne veux pas, entre guillemets c'est peut-être un peu hypocrite ce que je vais dire mais, je ne prendrais pas le risque de les instituer moi-même.* » [6us44, C45]

« *Là non, pas tout de suite, non c'est vrai que je ne me sentirai pas d'introduire un de ces nouveaux...* » [9us58, C45]

Au contraire, d'autres médecins généralistes expriment la possibilité et le souhait de les initier dans un futur proche.

« *si j'avais une autre situation où je ne solliciterais pas le cardiologue, oui je pourrais peut-être le faire* » [1us48, C18].

« *Si on me disait « Eh bien tu vas initier » et bien je reverrais un petit peu mes fiches mais je m'y mettrais* » [5us79, C18]

4.1.2 Un sentiment de perte de contrôle

L'absence de surveillance de l'efficacité, la tolérance, l'observance du traitement par un bilan sanguin engendre chez les médecins un sentiment de perte de contrôle.

« (En parlant des AVK) *Et puis on a quand même une relative sécurité qui à mon avis est supérieure à celle du Xarelto et du Pradaxa. Mais parce qu'on contrôle en direct j'ai envie de dire, grâce à l'INR ! Alors que ceux-là...* » [6us47, C82]

« *C'est un peu ça aussi on contrôle moins ce qu'il se passe. [9us46, C82] Et comment savoir si le patient prend bien son médicament [9us47, C82] ? Quand on a un patient qui est dans la cible, on est satisfait, on sait qu'il le prend son médicament, on sait que c'est efficace. [9us48, C82] (...) C'est ça, on ne peut pas juger l'observance du patient.* » [9us49, C82]

4.1.3 Une sensation de privation de liberté

La notion de liberté est forte chez les médecins généralistes. Avec l'arrivée de ces nouvelles molécules, dont le coût est perçu plus important, et le déficit croissant de la sécurité sociale, certains médecins craignent d'être obligés de prescrire certaines molécules et de ne plus avoir leur liberté de prescription.

D'autres médecins, soulagés d'un suivi plus simplifié via l'absence du contrôle de l'INR, craignent de devoir mettre en place une surveillance biologique.

« *Alors je m'inquiète un peu, on a l'impression que de tout temps on nous a dit la sécu est en ruine et*

maintenant encore plus en ruine. Le tiers payant généralisé ça va être une catastrophe... Mais je crains qu'un jour ces choses-là changent et qu'on nous oblige à prescrire [5us48, C78] et là on aura plus notre liberté ! » [5us49, C78]

« Alors j'espère que quand il y aura un antidote, il n'y aura pas de contrôle quand même des NACO. » [5us45, C77]

4.1.4 Menace la relation médecin/malade

Le médecin généraliste est le principal interlocuteur d'un patient sous anticoagulant. La qualité de la relation médecin/malade a toute son importance. Certains semblent percevoir ces nouvelles molécules comme une menace de leur relation avec le patient et un risque de perdre leur confiance. Du à leur grande facilité d'emploi, des médecins craignent d'aller vers une médecine qui se déshumanise, un manque de responsabilité et d'avoir une attitude moins réfléchie et plus automatique. Le risque est de négliger la surveillance, la tolérance du patient et de perdre sa confiance.

« Donc j'ai arrêté le Xarelto (...) Et en plus ce contexte, cette crainte permanente cassait déjà un petit peu le rapport de confiance que je peux avoir avec ma patiente concernant les prescriptions que je peux lui délivrer. » [4us28, C57]

(En parlant des AVK) *« Si on ne peut pas accepter qu'un malade nous dise « Allo docteur je viens d'avoir mon INR il est à 3,5 », on se désresponsabilise un peu je trouve [6us80, C87]. Et puis c'est sûr c'est plus facile d'écrire juste sur l'ordonnance « Xarelto tant de milligrammes, un comprimé le matin » mais on ne fait pas ce métier machinalement, faut réfléchir à ce que l'on fait aussi [6us81, C88]. A ce moment-là si vous voulez moi je ne suis pas tout à fait d'accord non plus parce que on va vers une médecine qui désengage, qui se désinvestit vis à vis du malade [6us82, C57], qui se décharge sur les soit disant sécurités (...) »*

« Je pense oui, parce que bien toléré par les patients, on oublie les surveillances biologiques » [8us32, C87]

4.2. La décision thérapeutique du médecin généraliste est fragile

La décision de prescrire est une force résultante de plusieurs influences et plusieurs facteurs que rencontre le médecin dans sa pratique. Les médecins rencontrés ont conscience qu'ils sont au cœur du système. Mais cette position reste souvent inconfortable pour eux car ils sont soumis à un système d'influences diverses. Leur décision est de ce fait fragile et instable.

4.2.1. L'influence des spécialistes, des pairs et du personnel soignant

- Une influence positive

Les médecins généralistes constatent lors du renouvellement du traitement anticoagulant la position du médecin spécialiste. Celle-ci est en général plutôt positive puisqu'ils sont dans la plupart du temps à l'initiative des AOD. Les spécialistes semblent utiliser les AOD avec plus d'aisance que les médecins généralistes, ce qui influence et rassure leur pratique. Il semblerait qu'ils remarquent un engouement de la part des cardiologues avec souvent la priorisation d'une molécule parmi les trois AOD disponibles.

« Mais par contre dès lors qu'un médicament est sérieux, pour lequel j'ai bouquiné, j'ai lu que des spécialistes ont conseillé [5us38, C58], j'aurais tendance à faire vraiment confiance »

« Et c'est vrai que j'ai remarqué que, les cardiologues ils aiment bien ces médicaments, les NACO [9us8, C72]. Depuis quelque temps j'ai l'impression qu'ils ne prescrivent plus que ça... » [9us9, C72]

« je me rends compte que les cardiologues ont tendance à prescrire plus l'Eliquis. » [5us21, C71]

« J'ai l'impression que les angiologues vont mettre sous Xarelto et puis les cardiologues ils ont l'air de quitter le Xarelto pour aller sur l'Eliquis » [5us25, C71]

Les médecins généralistes sont aussi influencés par l'utilisation des AOD par leurs pairs qui pour certains, rapportent une expérience positive, sans complications.

« certains médecins sont très réfractaires, mais d'autres sont plutôt optimistes sur ce médicament, et ils les utilisent, ils sont moins nombreux je pense, mais oui ça renforce l'idée que pourquoi pas oui... [9us75, C65]

- Mais aussi une influence négative

Certains médecins généralistes perçoivent que quelques spécialistes remettent en cause l'indication de l'AOD. Il s'agit en général des médecins anesthésistes qui se méfient du risque hémorragique.

De même le personnel soignant (le plus souvent l'infirmière), qui accompagne le patient dans sa prise en charge, porte parfois un jugement pessimiste sur ces nouvelles molécules au risque de nuire à la relation de confiance du patient envers son médecin.

« Il a vu un anesthésiste qui a remis un peu en cause cette prescription [2us30, C37] en disant : « Voilà ça risque de le faire saigner, c'est ennuyeux etc... » »

« Alors en fait ce qui s'est passé c'est que les infirmières libérales ont été dire à ma patiente que ce médicament était dangereux. Bien ! » [4us24, C55]

Le médecin généraliste peut se retrouver dans une position délicate, entre le discours parfois tranché des spécialistes ou du personnel soignant et le patient.

4.2.2. Les sources d'informations

Certains médecins formulent bien un accès facile à l'information et à une formation spécifique sur les AOD. Elle est en général délivrée lors de conférences, séminaires animés par des médecins ou scientifiques.

Les autres sources d'informations (médias, littérature) sont riches et peuvent prononcer des avis très divergents sur le sujet. Il faut ensuite avoir son propre sens critique pour émettre son avis personnel.

« On nous les a présentés dès le début ces NACO. J'ai entendu pas mal de topo là-dessus au centre Bichat parce que j'y vais régulièrement et c'est plutôt rassurant [5us30, C74]. Dans les topos Nantais, dans les FMC (Formation Médicales Continues), les formation médicales. Non, dès lors qu'on sait à peu près où aller, on a accès à l'information. [5us31, C74] »

« Puis au début, j'avais lu quelques articles dans des revues, notamment dans Prescrire (...). Enfin, eh bien oui, ça n'engageait pas beaucoup à les utiliser. » [9us73, C34]

« C'était à l'époque où en plus sur le plan médiatique on commençait à parler de ce médicament en mal : le Xarelto. » [4us21, C56]

« Puis j'ai pu lire d'autres articles, d'autres études. C'est plutôt positif. On commence à avoir des retours positifs j'ai l'impression, entre les études... » [9us76, C75]

4.2.3. Le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique

Le médecin généraliste est aussi influencé par son patient, au cœur de la prise en charge. Il reconnaît que les AOD peuvent être utilisés dans un contexte bien particulier ou chez un patient type. Tous les patients éligibles à une anticoagulation ne sont pas forcément des candidats à un AOD. Le patient type décrit est variable d'un médecin à l'autre, il s'agit en général d'un patient jeune, avec peu de comorbidités et pour une durée d'anticoagulation limitée. Certains au contraire les considèrent chez des patients présentant des troubles des fonctions supérieures, pour qui la prise et l'adaptation des doses d'un AVK seraient plus compliquée.

Pour autant la plupart des médecins interrogés insistent fortement sur leur réticence à les introduire chez les personnes âgées, plus fragiles, en général polymédiqués et présentant des comorbidités.

Pour de nombreux médecins, les AOD viennent en seconde intention, après échec d'un AVK

classique.

« Je pense que lui, et c'est pour ça que je n'ai pas cherché à discuter avec le cardiologue ou changer de traitement [1us35, C10], je pense que lui fait partie des rares indications intéressantes des NACO [1us36, C10]. Parce que c'est un monsieur je dis, qui est compliqué à (prendre en charge) (...), vu qu'il est paumé et qu'il a des troubles des fonctions supérieures (...) » [1us37, C10]

(En parlant des AOD) *« Si c'est quelqu'un de jeune, c'est vrai que j'aurais peut-être tendance... S'il est CHILD je ne sais pas combien là (...) ce qui est peut-être idiot [2us48, C10]. (...) Parce qu'il est actif » [2us49, C10]*

« Les NACO sont plus indiqués chez les jeunes » [5us42, C10]

« je pense qu'on ne les met pas à n'importe qui non plus. C'est des patients soit jeunes pour une phlébite, soit des patients d'une soixantaine d'année qui font leur fibrillation auriculaire, autonomes, cortiqués, sans d'énormes comorbidités, et qui arrivent quand même à bien gérer leur traitement. » [9us94, C10]

« la iatrogénie chez les personnes âgées est beaucoup plus nette que la iatrogénie chez les personnes plus jeunes [4us11, C53]. En gros les NACO je n'y vois pas d'inconvénients chez quelqu'un qui a 60, 70 ans [4us12, C10]. Au-delà de 80 ans... On prend des risques [4us13, C53] »

« ce qu'il faut savoir c'est que l'on ne peut pas les utiliser sur le long terme [6us12, C81]. J'ai actuellement une patiente (...) qui avait un passé vasculaire important avec des phlébites et une embolie pulmonaire pour laquelle on a découvert bien sûr, un cancer du côlon. Donc on a utilisé le Xarelto pendant un bon moment puis vient le moment où après tout ça, on est obligé d'arrêter et on est obligé de repasser au Préviscan tout simplement [6us13, C81]. (...) On ne peut pas les utiliser plus de six mois je crois. [6us18, C81] »

« mais du coup le Xarelto vient en deuxième ligne [9us63, C1]. On ne va pas tout de suite mettre un AOD. » [9us64, C1]

On remarque que ces médicaments sont très peu connus des patients. Cela suscite bon nombre d'interrogations du patient qui se réfère à son médecin généraliste pour lui apporter plus d'explications. En effet, l'initiation du médicament est rarement faite par le médecin généraliste. C'est lors du renouvellement que le patient, ayant confiance en son médecin traitant, souhaitera avoir plus d'informations. C'est un temps important car si le patient est méfiant cela risque de générer un manque d'adhésion au traitement.

Certains médecins généralistes attachent de l'importance à la satisfaction et au confort du patient qui peut influencer leur décision thérapeutique.

« je ne pense pas qu'il ait notion des éventuels effets secondaires, des risques éventuels d'avoir avec ce traitement » [1us31, C15].

« Et sinon le patient lui connaissant pas trop le traitement. » [2us34, C15]

« Alors au début, c'était beaucoup de changement pour elle. Elle me posait pas mal de question au cabinet. [9us16, C39] (...) Ils voient aussi que c'est nouveau tout ça pour nous. Du coup, ça ne manque pas, ils posent beaucoup de questions. » [9us83, C39]

« Alors le problème que ça m'a posé c'est que c'est une dame qui du coup, je pense, n'a pas adhéré à son traitement. » [2us7, C30]

« notre problème actuellement c'est qu'il faut tout voir, et moi je vois le confort de mes patients » [7us57, C48]

« c'est quand même plus confortable pour le patient [9us21, C48]. Ça lui allait bien oui ! [9us22, C48]. Il y a pleins de choses, elle était moins dépendante de l'infirmière qui passe à la maison aussi. » [9us23, C48]

4.2.4. L'influence du coût

A une période où l'économie de la santé est au cœur des préoccupations des autorités sanitaires, le prix du médicament est un critère de choix important. On retrouve l'idée que l'arrivée de ces nouvelles molécules interroge les médecins rencontrés sur le coût réel de ces molécules et leur rapport coût/efficacité.

Pour la plupart des médecins les AOD sont perçus comme bien plus coûteux que les AVK ce qui peut représenter un frein à leur prescription.

« Je ne sais pas si ils ont vraiment fait les calculs. Parce-que je ne sais pas ce qui est vraiment plus économique [7us48, C52] (...) Franchement moi le truc qui me pollue un peu la vie c'est vraiment l'histoire économique [7us62, C52]. »

« Enfin après l'inconvénient c'est que ça coûte la peau des fesses... [1us69] Je crois que ça coûte dix fois plus cher. » [1us70, C23]

« ce n'est pas personnel, mais je pense à la sécurité sociale et c'est sûr que ça coûte bien plus cher ces produits-là [5us46, C23]. Et bien plus que le couplage AVK-INR et rectification-vérification de l'INR dans les trois à quatre jours qui suivent le changement de posologie [5us47, C23]. »

« puisqu'on est dans une mouvance où l'on doit être absolument économique sur tout... Alors soyons économiques et continuons à prescrire les AVK ! » [7us60, C23]

Au contraire d'autres médecins pensent que leur coût est moindre, permettant ainsi de faire des

économies de santé.

« je pense qu'entre la surveillance des INR, le labo, l'infirmière... Il faut voir ! Finalement c'est probablement moins cher. » [3us20, C46]

Un médecin estime que le rapport coût/efficacité est positif. Le coût n'est donc plus un facteur limitant la prescription.

« je pense que c'est juste un petit peu plus cher et que au bout du compte il y a plus de facilité d'emploi, moins de prises de sang, leur coût n'est pas un frein ! » [4us96, C62] (...) les médecins généralistes ont beaucoup de mal c'est quand les médicaments ont vraiment peu de service médical rendu avec parfois des coûts élevés, et ce n'est pas leur cas. » [4us98, C62]

Les médecins généralistes sont aussi influencés par les laboratoires. La plupart des médecins rencontrés sont lassés, agacés par une promotion faite par l'industrie pharmaceutique, qu'ils décrivent comme abusive. Il en ressort principalement un manque de confiance. Un médecin pense aussi que cette promotion est faite parce que les NACO sont encore insuffisamment prescrits.

« je suis quand même très réticent vis à vis de la promotion par les labos des nouveaux médicaments » [4us38, C59]

« je suis plus critique vis à vis quelque fois des techniques des laboratoires pharmaceutiques dans leur coté la promotion du médicament. (...) C'est qu'un moment il y a un côté trop c'est trop. (...) Alors peut-être parce qu'ils ne sont pas assez prescrits et qu'ils considèrent qu'il y a probablement beaucoup de patients qui devraient en bénéficier et qui n'en bénéficient pas » [4us99, C63]

« il y a peut-être un défaut de présentation (...) mais leur démarche c'est « Ah mais nous on est meilleur que les autres ». Le laboratoire c'est un peu : « Les autres ont des inconvénients mais pas moi ». Je n'aime pas trop ça, je me méfie en général. » [6us25, C59]

« Les laboratoires ont fait un bon coup de marketing. » [7us64, C59]

4.2.5. L'influence de leur propre ressenti

Les médecins sont aussi influencés par leur propre ressenti, leurs propres sentiments qui sont parfois intenses. Les médecins interrogés ont évoqué des sentiments de peur, d'angoisse, d'inconfort liés à leur utilisation. Cela traduit probablement aussi un manque de maîtrise.

« quand le cardiologue en a parlé ça m'a fait plus peur qu'autre chose. » [7us15, C80].

« je ne suis pas à l'aise [2us20, C35]. C'est vrai que je ne les maîtrise pas » [2us21, C35]

« le Xarelto j'étais un peu angoissé » [4us101, C64]

4.3. Une alternative cependant séduisante

Malgré une décision thérapeutique encore instable, les médecins généralistes rencontrés expriment une attirance pour cette nouvelle alternative.

4.3.1. Des médicaments qui ont fait leurs preuves

Les AOD arrivés depuis 2008, représentent toujours une nouvelle alternative dans l'arsenal thérapeutique pour presque l'ensemble des médecins généralistes rencontrés. Pour la plupart d'entre eux, cette alternative constitue un progrès thérapeutique.

« après tout, je suis quand même ouvert à toute nouvelle thérapeutique » [4us19, C31].

« C'est encore nouveau et on pense beaucoup AVK, AVK, mais maintenant on a le choix avec les NACO » [6us71, C31].

« On peut dire effectivement que c'est un vrai progrès scientifique ! C'est un peu révolutionnaire même ! » [5us58, C21]

« C'est évident, C'est l'avenir ! » [6us70, C21]

Malgré encore un manque d'expérience, certains médecins sont convaincus par l'utilisation des AOD : ils les perçoivent comme efficaces, avec une vraie garantie de sécurité et relatent au cours de leur exercice l'absence d'expérience négative.

« j'ai l'impression qu'il n'y a pas forcément d'augmentation de la morbi-mortalité avérée. » [1us67, C11]

« Le côté positif : bonne efficacité, très bonne efficacité, hein » [6us32, C11],

« le thrombus cérébral sous AVK a divisé par deux sous Xarelto. [6us49, C11](...) Il y a eu une sacré amélioration [6us50, C11] qui sur le plan neurologique est quand même très intéressante [6us51, C11]. »

« On a fait confiance à une certaine sécurisation. » [5us52, C20] (...) *je n'ai pas peur, je pense qu'on peut leur faire confiance et qu'il y a une certaine sécurité* [5us78, C20] »

« je n'ai pas eu d'histoires particulières, ça se passe bien. » [8us61, C16]

S'assurer de la tolérance de l'anticoagulation des patients est un aspect important du rôle du médecin généraliste, qu'il prend le soin de vérifier au cours de ces consultations. Quelques-uns observent une bonne tolérance des patients. Un médecin rapporte également une bonne observance.

« Je n'ai pas eu de retour de gens qui ne le toléraient pas. » [8us52, C93]

« il (le patient) fait confiance et il prend bien son traitement, sans problème, il n'y a aucun problème d'observance. » [3us41, C49]

« J'ai l'impression que c'est bien toléré [9us32, C93], je n'ai pas eu trop de plaintes, ou d'effets secondaires ou autres [9us33, C93]. »

4.3.2. Pas de réticence à leur utilisation

Les médecins généralistes sont globalement favorables à l'utilisation des AOD. Certains expriment leur confiance, un accueil avec sérénité et une pratique confortable.

« je suis globalement favorable à l'introduction des NACO » [4us52, C54].

« je n'hésiterai pas longtemps je crois, j'ai plutôt confiance. » [9us86, C73]

« je me sens pas mal finalement, donc je me sens à l'aise » [3us3, C43]

« les patients qui ne nous renvoient pas d'intolérances (...) pour le généraliste, c'est beaucoup plus rassurant finalement. » [8us67, C43]

Quelques-uns commencent à avoir une pratique de plus en plus fréquente et une expérience qui s'enrichit. Un médecin décrit avoir une expérience des trois molécules mais on s'aperçoit qu'en général, ils utilisent préférentiellement une des trois.

« je dois bien avoir une, oh allez, demi-douzaine de personnes qui en ont bénéficié, ça commence à faire maintenant, bien qu'on soit au début ! » [6us62, C79].

« Alors je les ai tous utilisé [5us1, C66] mais celui qu'on utilise le plus me semble-t-il c'est le Xarelto, le Rivaroxaban [5us2, C67] (...) C'est le seul gars que j'ai eu avec le Rivaroxaban. Alors le Dabigatran, le Pradaxa, je l'ai peu utilisé » [5us19, C67]

« L'expérience que j'ai eu c'est le Xarelto. Moins le Pradaxa. » [6us23, C67]

Un médecin généraliste reconnaît que les indications des AOD sont bien connues et validées.

« On ne va pas faire courir de risques aux gens si on s'informe bien et que l'on ne fait pas n'importe quoi. L'indication elle est posée, elle est connue » [5us86, C68].

4.3.3. Une facilité d'emploi

Les AOD permettraient de faciliter le travail du médecin généraliste pour plusieurs raisons. Pour la plupart, les médecins généralistes interrogés semblent un peu usés par la surveillance régulière de

l'INR lors d'un traitement par AVK. Les AOD évitent ce contrôle fastidieux et les médecins généralistes semblent satisfaits d'un suivi simplifié. C'est une notion forte car elle ressort chez tous les médecins rencontrés. Pour autant, les médecins interrogés n'oublient pas la surveillance clinique du patient.

Nombreux sont ceux qui expriment également une prescription plus aisée, grâce à l'absence d'adaptation posologique, et une prise du médicament facilitée pour les patients qui n'ont plus besoin de couper leurs comprimés pour modifier leur dose de traitement.

« c'est vrai que chez les patients jeunes [2us53, C12] pour leur éviter les prises de sang multiples, peut-être » [2us54, C12].

« je trouve que ça facilite le suivi [3us34, C12]. Ce n'est pas la peur de la prise de sang. Mais « je trouve ça plus simple [3us35, C17]. Pas de surveillance d'INR » [3us36, C12]

« la fibrillation auriculaire étant extrêmement fréquente dans la population au-delà de 80 ans, j'ai beaucoup d'INR dans ma boîte mail tous les soirs donc faut gérer ça » [4us50, C12].

« Parce que c'est vrai que les AVK ça reste la galère quand même. La galère pour le suivi. [8us33, C12] Si ça peut être une surveillance moins systématique. » [8us44, C12]

« C'est une grosse contrainte parce que ça prend du temps, de l'énergie et des fois on se bat avec les patients pour qu'ils comprennent que c'est important d'aller refaire une prise de sang. » [9us80, C12]

« je suis repassé le lendemain, je l'ai suivi hein [5us14, C70] ! Puis j'ai demandé à l'infirmière de passer et de prendre sa tension régulièrement » [5us15, C70]

« C'est quand même mieux de ne pas changer sans arrêt les dosages [1us29, C13] (...) Son semainier est fait à l'avance et pas besoin de refaire le semainier » [1us42, C13]

« il y a ce gros côté positif où la prescription est quand même plus simple. » [9us79, C12]

« c'est un gros avantage sur le plan pratique médicale » [5us50, C17]

« avec les AVK il faut être clair, on a quand même quelques soucis de prise [7us36, C90]. On a des comprimés là, qu'on casse en quatre qui sont minuscules, la moitié tombe par terre... Contrairement aux autres là [7us37, C90]. Puis les gens n'arrivent pas à les casser. Encore une histoire de personne âgés, ils ont les doigts abîmés, ils ne peuvent pas le casser le Préviscan. Alors que les NACO... » [7us38, C90]

Un médecin cependant pense qu'il faut adapter les doses des AOD, ce qui témoigne aussi d'un manque de connaissance du mode d'utilisation des AOD.

« C'était impressionnant, ça saignait beaucoup (...) Alors je sais plus les doses précises, mais j'ai réduit un petit peu à la louche comme ça. » [5us12, C69]

Certains médecins rencontrés se sentent donc satisfaits de cet exercice simplifié, voir même soulagé des contraintes des AVK, ils trouvent l'utilisation des AOD plus confortables.

« *C'est quand même plus confortable pour le patient, et pour moi.* » [9us85, C47]

« *je n'ai jamais eu d'inconvénients! Tant mieux, j'en suis très content !* » [6us64, C85]

Quelques médecins généralistes avouent que les AOD apportent un gain de temps dans leur pratique quotidienne par rapport aux AVK.

« *C'est vrai que ça peut-être chronophage au début, les INR, l'appel de l'infirmière...* » [9us39, C76]

L'ensemble de ces raisons (suivi et prescription simplifiés, gain de temps de travail, prise du traitement facilitée pour les patients) confèrent aux AOD de nombreux avantages par rapport aux AVK, à la fois pour le médecin mais également pour le patient.

« *je ne suis pas du tout contre parce que quand les NACO sont prescrits à bon escient, je pense que c'est vraiment intéressant, puisqu'on évite tout le problème des AVK.* » [4us44, C42]

« *Puis ils ont pas mal d'inconvénients les AVK pour le patient, c'est quand même bien mieux d'être sous les NACO quand on est patient.* » [5us39, C42]

4.4.Des habitudes difficiles à changer

Malgré cette nouvelle alternative perçue comme séduisante, les médecins généralistes ont du mal à changer leurs habitudes de prescription des AVK. Deux médecins généralistes rencontrés en ont l'expérience depuis 37 ans et ils ont une médiane d'expérience de 19 ans.

4.4.1. La comparaison aux AVK

Inéluctablement, les médecins comparent les AOD aux AVK. Les médecins rencontrés comprennent bien qu'il s'agit d'un nouvel anticoagulant agissant sur des voies différentes de la coagulation créée dans le but d'éviter les inconvénients des AVK. Pour un des médecins, les AOD ont un temps de demi-vie plus long, ce qui traduit de nouveau un manque de connaissance

« *nous on nous l'annonce comme étant, oui une petite révolution médicale dans le sens où oui on a changé de traitement, on a quelque chose de nouveau, on agit sur des voies différentes de la coag etc...* » [7us51, C91]

« *les nouveaux qui viennent de sortir ont des durées de vie qui sont un peu plus longues je crois* » [4us55, C60]

Certains pensent finalement, qu'ils sont identiques aux AVK et qu'ils n'apportent pas grand-chose de supplémentaire. Un médecin exprime qu'il n'est finalement pas persuadé du gain de temps des AOD dans sa pratique.

« j'ai pu vérifier que je n'ai pas plus d'accidents ou d'incidents avec les AVK » [5us53, C44]

« J'en ai un têtù comme ça. Et à chaque fois « vous ne m'avez pas appelé ? », « Oh beh je n'ai pas pensé, je suis parti à la pêche, je suis parti au golf... ». Bon voilà. Non moi ça ne me prend pas plus de temps. » [7us61, C92]

4.4.2. Perception des risques et domination du risque hémorragique

L'utilisation des AOD pour l'ensemble des médecins généralistes est associée à de nombreux risques. Le risque hémorragique lié au danger du surdosage est la crainte qui domine parmi l'ensemble des effets secondaires qu'ils attribuent aux AOD. Le pronostic vital des patients en est engagé. Cette crainte est probablement expliquée par une méfiance générale, mais aussi par l'absence d'antidote actuellement disponible. En effet à l'exception d'un médecin, tous les médecins rencontrés nous confient regretter l'absence d'antidote alors qu'eux même utilisent très peu la vitamine K.

« Les NACO il y a plus de risque avec le risque hémorragique. » [4us106, C38]

« l'infirmière avait beau tamponner, elle ne stoppait pas le saignement [5us7, C38]. C'était impressionnant, ça saignait beaucoup. » [5us8, C38]

« Et le côté contre c'est l'absence d'antidote [6us52, C33] et la plus grande difficulté à contrôler quand il y a des hémorragies [6us53, C38]. Avec je vous dis les trois morts à la clef qu'il y a eu au début là. » [6us54, C38]

« je suis très réservée sur ces anticoagulants parce qu'il n'y a quand même pas d'antidotes. » [2us16, C33]

« -le côté négatif (...) si vous voulez on va faire simple : l'absence d'antidote [6us14, C33]. Alors que la vitamine K on peut l'utiliser. Alors voilà on est un petit peu...sceptique !

- Vous l'utilisez beaucoup la vitamine K ?

- Non, mais ça m'est arrivé de l'utiliser dans mon exercice. »

« Le pronostic vital peut être plus engagé qu'avec un AVK classique pour lequel on a un antidote. » [9us71, C33]

« quelqu'un qui a des gros troubles des fonctions supérieures et qui est susceptible d'en boulotter plusieurs [1us83, C9] : qu'est-ce qu'on fait en cas de surdosage? »

D'autres effets secondaires sont cités par les médecins rencontrés : l'apparition d'œdème des membres inférieurs, d'hématome cutané, de purpura.

« ces œdèmes des chevilles (...) c'est vrai qu'elle ne s'en est plus plainte quand on a rechangé pour le Préviscan, donc après tout, peut-être que c'était un effet secondaire chez elle de ce médicament-là » [2us12, C32]

« je ne savais pas le pourquoi de ce purpura et que la chose qui avait changé c'était le traitement. Je m'étais dit que c'était peut-être lié à ça » [7us3, C32]

« on doit avoir un moyen de contrôle, de le contrôler. Pour avoir un moyen de le neutraliser, de neutraliser les effets indésirables qui restent nombreux [6us77, C32].

Un médecin rapporte qu'il est préoccupé par l'augmentation des délais chirurgicaux sous AOD.

« Pour autant quand on voit (...) les délais chirurgicaux que ça demande [7us17, C89]. Enfin moi c'est un peu cette utilisation qui me tracasse. »

Les médecins généralistes sont conscients de la nécessité de surveiller la fonction rénale et hépatique. Ils pensent en général que le médicament est lui-même responsable d'une toxicité rénale, alors que ce n'est pas le cas. Les AOD ont une élimination rénale et la surveillance de la fonction rénale est faite pour éviter le risque hémorragique.

« En vérifiant bien qu'ils ont une bonne fonction rénale [3us53, C25] et surtout la fonction hépatique non [3us54, C51]? »

« Après il y avait l'histoire de l'insuffisance rénale [8us27, C25] et hépatique [8us28, C51] à vérifier »

Pour certains, on peut introduire un AOD uniquement si la fonction rénale est normale. En réalité l'utilisation des AOD est contre-indiquée si la clairance de la créatinine est inférieure à 15ml/min. (30ml/min pour le Dabigatran).

« je serais sous NACO, parce que je pense que ma fonction rénale, oui en plus je l'ai vérifié il y a un an, elle est bonne » [4us81, C3]

4.4.3. Perçus encore comme trop récents

Les AOD sont encore perçus comme une grande nouveauté pour les médecins généralistes. La plupart expriment leur manque d'expérience, souvent jugée inférieure aux spécialistes qui en ont plus la pratique, et leur manque de recul puisque les AOD ne sont commercialisés en France que depuis 2008.

« je pense préférer un médicament sur lequel on a du recul. » [1us56, C7]

« c'était un peu ça mon idée. Me donner encore 3 à 4 ans, voir si des effets secondaires apparaissent [3us52, C7]

« je voudrais avoir plus de patients sous NACO pour voir un peu comment ça se passe. » [4us72, C50]

« évidemment eux ils (les cardiologues) en manient très souvent. Nous on en voit des fibrillations atriales mais eux ils voient que ça, surtout les rythmologues » [5us26, C50]

« c'est une histoire d'appréhension parce que je n'en ai pas la pratique courante en fait. » [7us44, C50]

Comme on l'a vu précédemment dans quelques affirmations portées par certains médecins, il existe un manque de connaissances sur les AOD en général. Nombreux sont ceux qui soulèvent leurs lacunes. Certains l'expliquent par un manque de formation ou le manque de temps pour se former.

« Il a vu un anesthésiste qui a remis un peu en cause cette prescription (...) après le patient, pareil il m'a posé la question et moi je ne savais pas trop quoi lui répondre puisque je ne savais pas » [2us33, C22]

« Donc pour moi il y en a deux dans les nouveaux ? » [3us17, C22]

« le patient m'a dit « Je prends Eliquis » je me suis dit, c'est quoi ça ? Qu'est-ce que c'est que cette nouveauté ? » [7us68, C22]

« je ne connais pas toutes les contres-indications absolues. Il faudrait que je revérifie. Je ne me suis pas renseigné au fond. » [1us77, C26]

Cela suscite de nombreuses interrogations sur les indications, la prise en charge, le mode de surveillance des patients sous AOD, dont les médecins n'ont pas forcément les réponses.

J'ai été un petit peu étonné qu'elle soit mise sous Xarelto [4us7, C14]

« j'ai quelques incertitudes [1us81, C4]. Je ne sais pas si quelqu'un qui a des risques majeurs de chute (...)ou quelqu'un qui a des gros troubles des fonctions supérieures (...) qu'est-ce qu'on fait en cas de surdosage? Enfin voilà c'est les points d'interrogations que j'ai sur les NACO » [1us85, C4]

4.4.4. Des doutes sur l'efficacité et la sécurité

Certains médecins doutent et s'interrogent sur la réelle efficacité des AOD par rapport aux AVK. Ils semblent penser qu'il n'y a pas d'amélioration du service médical rendu et qu'ils ont besoin d'être

perfectionnés.

« il faut vraiment que le rapport coût sur bénéfice soit intéressant quoi [1us73, C24]. Est-ce que ça vaut vraiment le coup? » [1us74, C24]

« si vous voulez personnellement avec le recul de mon métier, je pense que c'est un début d'utilisation. Je pense que ça sera certainement perfectionné » [6us66, C86]

« on était très bien avec le Préviscan et que je ne voyais pas pourquoi j'allais repasser à l'autre. (en parlant d'un AOD) » [7us4, C19]

« Pour le moment je n'en ai pas vu l'utilité particulière » [2us52, C36]

Beaucoup doutent de la sécurité de ces molécules. L'absence de contrôle d'INR leur donne la sensation de proposer au patient une surveillance moins sécurisante en prévenant moins du risque de surdosage ou de sous-dosage. Le suivi pour certains médecins est jugé moins satisfaisant. Le maniement de ces médicaments est parfois retrouvé plus difficile.

« peut-être des nouveaux NACO qui vont sortir avec une sécurité encore meilleure » [4us92, C61]

« on a ce problème éventuel de surveillance compliquée à effectuer (sous AOD) » [1us11, C8]

« on a quand même une relative sécurité qui à mon avis est supérieure à celle du Xarelto et du Pradaxa » [6us46, C8] (...) Mais il est bien évident qu'une personne qui a un INR à 2, 3 on est bien, on est content, on est heureux, merci mon Dieu ! Et puis c'est relativement facile à faire et au moins on est satisfait. » [6us48, C83]

« J'ai eu un peu cette impression désagréable de moins la surveiller » [9us45, C8]

« y a des produits dont on sait que l'arrêt va induire l'arrêt de l'efficacité mais aussi l'arrêt des effets secondaires etc. A la limite ceux-là sont maniables... Ces trucs-là dont on ne sait pas combien de temps ça durent... » [7us24, C84]

4.4.5. Un accueil avec une grande prudence

Devant l'ensemble des risques énoncés, l'importance du risque hémorragique, le manque d'expérience, de recul et les doutes sur la sécurité et l'efficacité de ces molécules, on s'aperçoit que les médecins accueillent cette nouvelle alternative avec encore beaucoup de prudence. L'ensemble des médecins généralistes rencontrés avouent se sentir méfiants. Beaucoup insistent sur la nécessité d'être vigilant et de prendre des précautions d'emploi.

« on ne peut pas retenir tout, voilà il faut juste être un peu prudent. » [5us89, C6]

« Je reconnais que j'ai une certaine réticence quand même, surtout au début quand ils sont sortis »

[9us87, C6]

« *il y a des précautions à prendre* » [1us80, C27]

« *moi je suis de plus en plus précautionneuse* [7us22, C27], *quand il y a un nouveau produit* »

IV. Discussion

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur les principaux résultats en proposant une abstraction de notre analyse thématique dans le but d'en extraire les prémisses d'une théorie sous-jacente expliquant la nature des données recueillies. Nous comparerons ensuite les catégories les plus fréquemment citées, communes à l'ensemble des médecins interrogés, avec les données de la littérature. Pour une meilleure compréhension de l'analyse de contenu effectuée, nous achèverons la discussion en présentant la posture adoptée par les investigateurs et en revenant sur certains aspects méthodologiques méritant précisions.

1. Principaux résultats

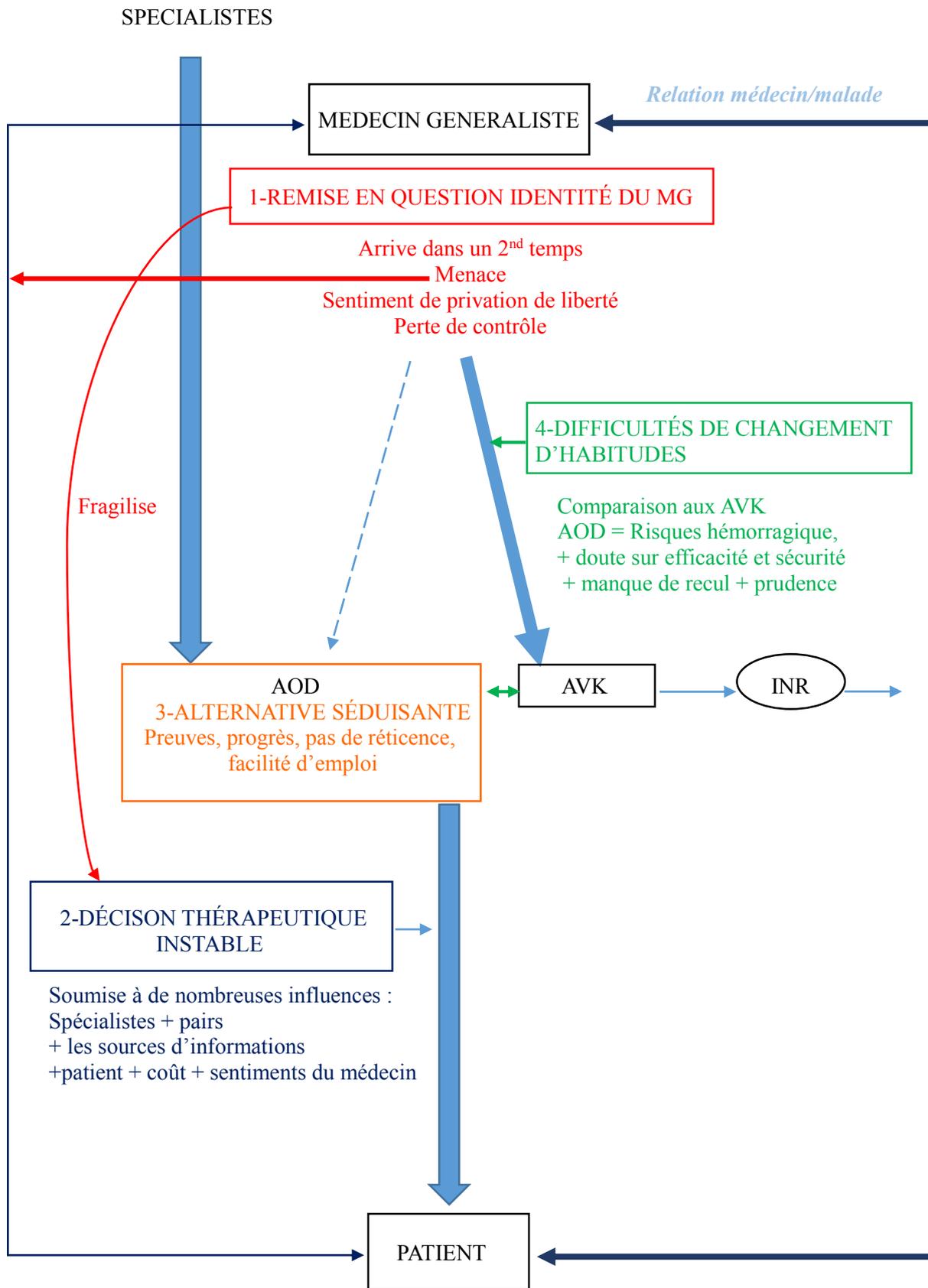
Notre travail montre que l'arrivée d'une nouvelle classe dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste telle que les AOD peut être ressentie comme un facteur fragilisant leur identité professionnelle. L'indépendance de leur prescription est remise en question, car elle prend, dans notre étude, systématiquement la forme d'un renouvellement. Ils en conçoivent des sentiments de privation de liberté et de perte de contrôle venant menacer leur relation avec le patient.

Le contexte de la décision thérapeutique vis à vis des AOD n'est pas de nature à atténuer ce premier ressenti. En effet, la prescription d'un AOD apparaît encore instable car soumise à de nombreuses influences, véhiculées par les médecins spécialistes, les pairs, le personnel soignant, les différentes sources d'informations, le patient et le coût de ces molécules.

Pourtant, les médecins généralistes semblent être séduits par cette nouvelle alternative. En effet, ils estiment que les AOD ont fait leurs preuves scientifiques en termes d'efficacité et certains n'ont aucune réticence à leur utilisation. Ils soulignent souvent une facilité d'emploi leur permettant un exercice simplifié.

L'attrait pour leur utilisation se confronte à la problématique du changement des pratiques professionnelles dans un domaine où il existe déjà un médicament dont la prescription est fortement ancrée. Bien que commercialisés en 2008, les AOD sont perçus encore comme une nouveauté. Les médecins généralistes interrogés émettent des doutes sur leur efficacité et sur leur sécurité dans la vraie vie. Ils accueillent ces nouvelles molécules avec méfiance et restent prudents dans leur utilisation (Annexe 7 et 8, Schéma 4).

Schéma 4 : Principaux résultats



2. Comparaison des principales catégories à la littérature

2.1 Pratique des médecins généraliste face à l'arrivée d'une nouvelle thérapeutique

2.1.1 Deuxième prescripteur

L'ensemble des médecins généralistes rencontrés se positionne en tant que deuxième prescripteur des AOD. Cela concorde avec les données de la CNAM de 2013 et d'autres études menées en France, qui rapportent que seulement dans 35% des cas, les médecins généralistes introduisent un AOD en première intention, contre 73% des cardiologues libéraux (35, 24). Les médecins généralistes auront plutôt tendance à prescrire un AVK. Les spécialistes ont donc une utilisation plus fréquente des AOD. Le fait de suivre plus fréquemment des patients relevant d'une anticoagulation orale peut expliquer une partie de ces résultats et une meilleure aisance de leur utilisation. Ces résultats concordent aussi avec les observations des pratiques de diffusion d'innovation décrites dans la littérature, où un nouveau médicament est souvent initié par un médecin spécialiste. Le médecin généraliste se place alors plutôt dans le suivi du traitement et l'observance du patient.

Malgré des avis parfois divergents, un seul médecin rencontré a modifié la prescription d'un AOD contre un AVK. Ainsi plusieurs médecins généralistes ont le sentiment de subir la prescription instaurée par le médecin spécialiste. Dans ce cas, soit ils leur font confiance et ne modifient pas le traitement, soit ils n'osent pas aller à l'encontre de leur décision. Il peut y avoir un certain rapport de soumission à la prescription du médecin spécialiste. Cela ravive le débat de l'autorité scientifique au sein des spécialités médicales. On peut retrouver cette notion dans la littérature : les médecins généralistes sous estimeraient leurs savoirs aux dépens de leurs propres compétences, et inversement survaloriseraient le savoir des spécialistes (36).

Les médecins généralistes voient aussi moins fréquemment de patients nécessitant une anticoagulation. Pour la plupart, ils expriment manquer de recul et d'expérience. L'appropriation et l'acceptation d'un médicament est un processus assez long. Selon certaines études, il faut en moyenne un à deux ans pour qu'un médicament soit adopté (37).

Les dernières AMM en date sont celles du Xarelto en 2013 dans le traitement curatif de l'EP et la TVP (38) et celle de l'Apixaban en 2014 dans la FANV (39). On devrait s'attendre à une meilleure adhésion dans les années à venir.

En effet l'innovation thérapeutique semble inspirer de la méfiance au sein des médecins, ce qui peut

expliquer un processus assez long avant d'accepter un médicament. La nomenclature des AOD a d'ailleurs été modifiée, encore récemment on les appelait les « Nouveaux » anticoagulants oraux, montrant qu'ils sont dorénavant bien installés dans l'arsenal thérapeutique. Mais les médecins généralistes les considèrent encore comme très récents et manque encore de recul dans leur pratique. De plus la confiance générale des médecins a probablement été affectée par les affaires sanitaires médiatisées entraînant le retrait de molécules, telle que l'affaire Médiator, dont la commercialisation a été arrêtée en 2009 en raison d'un risque de valvulopathie chez les patients. Plus spécifique au contexte des anticoagulants, le Ximelagatran est retiré en 2006, seulement un an après sa commercialisation en France, devant une forte toxicité hépatique (19).

On perçoit donc que les médecins généralistes sont peu enclins à utiliser les AOD. Cette réticence est certes liée à leur positionnement en second prescripteur, mais également à un défaut d'aisance ressenti par les médecins généralistes face à l'arrivée de ces nouvelles molécules. Cette idée est retrouvée lors d'une enquête menée en 2012 par la *Revue du médicament* (40) auprès de médecins généralistes. Ils expriment une certaine retenue et une crainte de leur utilisation, la plupart ne souhaitent pas encore les initier.

2.1.2. Patient type

Les médecins rencontrés adoptent une attitude au cas par cas, ils sont plus à l'aise dans la prescription d'un AOD chez un certain type de patient ou dans un certain contexte. Le patient type diffère d'un médecin à l'autre mais on remarque une forte réticence commune chez les personnes âgées polypathologiques et polymédiqués. Or cette population représente plus de la moitié des patients dans une patientèle de médecin généraliste (41) et relève souvent d'une anticoagulation orale. Cette observation semble tenir compte d'une perception du risque hémorragique et du risque iatrogène plus forte dans cette population.

En raison des critères d'inclusion très stricts et de nombreux critères d'exclusion (notamment l'insuffisance rénale avec une clairance de la créatinémie inférieure 30ml/min) des essais cliniques randomisés, on dispose à l'heure actuelle de peu de données sur les patients de plus de 80 ans (42).

Une méta analyse récente démontre que chez les patients de plus de 75 ans, l'utilisation des AOD ne majore pas le risque hémorragique et est associée à une efficacité égale voir supérieure par rapport au traitement conventionnel (43). Bien que ces données soit rassurantes, des études évaluant la sécurité et l'efficacité des AOD chez les patients de plus de 80 ans semblent montrer des résultats peu

encouragent pour le Dabigatran. En effet, une étude récente met en évidence une augmentation des hémorragies gastro-intestinales chez les femmes de plus de 75 ans et chez les hommes de plus de 85 ans traités par Dabigatran (44). Ce risque de d'hémorragie avait déjà été décrit dans une revue systématique et une méta analyse en 2013 (45).

L'accumulation de résultats d'essais cliniques dans la vie réelle n'excluant pas ce type de patients plus fragiles, permettraient de rassurer la communauté médicale.

2.2. Déterminants encourageant la prescription d'un AOD

2.2.1. Simplification de la pratique du médecin et confort du patient

Tous les médecins rencontrés nous ont confié être séduit par un suivi simplifié et une prescription plus aisée attribué aux AOD. Ce suivi simplifié est profitable aux médecins qui n'ont plus à ajuster les AVK selon les résultats des INR, mais aussi aux patients qui bénéficient de l'absence de prises de sang régulières. Le suivi est plus confortable et cela pourrait permettre une meilleure observance des patients.

Dans la littérature on a pu remarquer que le manque d'adhésion au traitement est d'autant plus marqué chez les patients suivis pour des pathologies chroniques ou cardio-vasculaires (46). Alors est-ce que les AOD amélioreraient cette observance par rapport aux AVK ? Il semblerait qu'au contraire la facilité d'administration des AOD et l'absence de contrôle biologique régulier impactent sur un risque important de non observance (47). De plus, il ne faut pas oublier que ces traitements ont une demi-vie brève et des omissions de prises risquent de laisser le patient sans protection vis-à-vis du risque thrombotique.

Il s'agit donc d'un sujet d'actualité, qui représente un défi majeur pour les médecins généralistes. Une étude en cours à Nantes évaluant l'observance du traitement anticoagulant oral chez les patients de plus de 65 ans permettra de nous apporter plus de données.

La plupart des médecins sont séduits par cette facilité d'emploi. Mais étonnamment la surveillance d'un AVK par INR est peu citée comme facteurs de sous-prescription d'un AVK dans la littérature.

Ce suivi simplifié, ressenti comme un risque de négligence par certains médecins ne doit pas faire sous-estimer le risque hémorragique inhérent aux anticoagulants oraux et d'autant plus dans des situations à risque pour les AOD (insuffisance rénale chronique, poids inférieur à 60 kg, patients de

plus de 75 ans). Ainsi, la commission de transparence insiste sur l'importance de respecter les recommandations françaises à savoir ne pas privilégier un AOD par rapport à un AVK (21).

Lors des entretiens, la plupart des médecins nous ont fait part de leur manque de connaissance. On a pu aussi le vérifier par certains de leurs propos tenus sur le suivi des patients sous AOD. Certains pensent que l'on peut adapter les doses de traitement au même titre que les AVK, que le traitement ne doit pas se prolonger plus de six mois, et très peu maîtrisent le rythme de surveillance de la fonction hépatique et de la fonction rénale.

Un programme pédagogique de gestion des AOD permettrait d'améliorer leurs connaissances.

2.3. Déterminants n'encourageant pas la prescription des AOD

2.3.1. L'absence d'antidote

Les médecins généralistes redoutent le risque hémorragique lors de l'utilisation de ces molécules. Or c'est aussi dans le but de réduire le nombre d'accidents iatrogènes que les AOD sont apparus.

D'après une méta-analyse fondée sur les résultats des essais cliniques disponibles, les AOD ont prouvé par rapport à la Warfarine, une réduction du risque d'AVC et d'effets secondaires de 19%, une réduction de la mortalité toutes causes et une réduction des hémorragies intracrâniennes avec néanmoins un risque plus élevé de saignements gastro-intestinaux (48).

Mais les médecins généralistes rencontrés ne semblent pas tenir compte des différents risques hémorragiques mais plutôt d'un risque hémorragique global pour lequel il n'existe pas d'antidote validé ce jour. Alors qu'ils utilisent très peu la vitamine K, tous les médecins rencontrés nous ont fait part de ce regret, et seraient plus rassurés dans leur pratique, de manière justifiée ou non, par l'existence d'un antidote. L'apparition d'un antidote permettrait-il de libérer les prescriptions ? Dans de nombreuses études quantitatives sur la pratique des médecins généralistes dans d'autres régions de France, l'absence d'antidote a été identifiée comme est un facteur limitant de prescription (35, 49).

Actuellement deux antidotes sont en cours de développement, évalués dans des essais de phase 3. L'Andexanet alfa développé par le laboratoire Portola pour antagoniser les anticoagulants oraux inhibiteur du facteur Xa est testé actuellement sur l'Apixaban (Eliquis®). Le deuxième est un anticorps monoclonal, l'Idarucizumab commercialisé par Boehringer Ingelheim pour annuler l'action anticoagulante du Dabigatran (Pradaxa®). Mais ces deux antidotes ont été testés chez des sujets volontaires, sains, et la plupart jeunes (50). Quand sera-t-il chez des sujets plus âgés atteints d'une hémorragie? L'arrivée de ces antidotes permettra probablement d'atténuer les craintes des médecins

généralistes du risque hémorragique.

2.3.2. Interrogation sur le coût

La plupart des médecins généralistes perçoivent les AOD comme beaucoup plus coûteux que les AVK. Ils sont nombreux à avoir du mal à estimer le prix des molécules et s'interrogent sur le rapport coût/efficacité. A un moment où les médecins généralistes sont au cœur d'un système de santé prônant l'économie des dépenses de soins, l'importance de ce prix, qu'ils ressentent caché par l'industrie pharmaceutique, influence leur décision thérapeutique.

En termes de coût direct, malgré l'absence d'un contrôle biologique régulier, les AVK restent cinq fois moins chers que les AOD. Selon la CNAM, il faut compter 10 à 15 euros par mois pour les AVK (en incluant la surveillance INR) contre 75 euros pour les AOD (24). C'est de manière indirecte, en réduisant le nombre d'hospitalisations, les risques iatrogènes et la mortalité que les AOD pourraient être avantageux. Actuellement il semblerait que le rapport coût sur efficacité soit en faveur des AOD en terme de réduction du taux d'hospitalisation et du risque hémorragique (51). Encore une fois, il faudrait confronter ces résultats à la pratique en vie réelle et avoir plus de recul pour évaluer ce rapport de manière plus certaine (52).

3. Les investigateurs de l'étude

3.1 Investigateur 1

L'investigateur 1 a effectué l'analyse des catégories pour obtenir un double codage. Il est clinicien, spécialiste en Médecine Interne, enseignant-chercheur à la Faculté de Médecine de Nantes. Il a été impliqué dans le développement des AOD en ayant participé aux premières études avec le Mélagatran puis aux études avec le Rivaroxaban et l'Apixaban. Malgré une bonne connaissance de la classe thérapeutique médiée par les experts et par les laboratoires, son expérience pratique des AOD reste cependant limitée, en partie en raison de la méconnaissance des problèmes posés par son utilisation au quotidien par les patients et par les médecins généralistes. En effet, comme cette étude l'a confirmé, l'interniste est en position de premier prescripteur mais n'assure habituellement pas le suivi et le renouvellement du médicament. Ainsi, l'investigateur 1 qui est également le directeur de ce travail de thèse, était particulièrement intéressé par l'investigation et la compréhension, en toute neutralité, du ressenti des médecins généralistes sur les AOD dans leur pratique quotidienne.

3.2. Investigateur 2

L'investigateur 2 était également l'investigateur principal de cette étude et le rédacteur de thèse. L'arrivée des AOD correspond à peu près à l'année du début de mes études médicales. J'ai pu en tant qu'externe dans un premier temps puis interne avoir un regard sur la prescription des anticoagulants des médecins généralistes. J'ai réalisé lors d'un stage de 6 mois aux côtés de trois médecins généralistes l'importance de l'implication du praticien dans la gestion de l'anticoagulation pour un patient donné. A leur côté, la question de leur ressenti face à cette nouvelle alternative a commencé à émerger. En intégrant le DESC de médecine vasculaire, et étant un futur intervenant qui pourra influencer leur pratique, avoir l'opportunité d'évaluer leur ressenti et leurs attentes sans idée préconçues m'est apparu d'un grand intérêt

4. Aspects méthodologiques

4.1. Recrutement des médecins et description de l'échantillon

Certains praticiens interrogés étaient des médecins généralistes avec qui nous avons collaboré, cela a pu faciliter leur adhésion à l'étude. Eux-mêmes nous ont parfois dirigés vers des confrères qu'ils connaissaient afin de réaliser d'autres entretiens. Cela a pu influencer le recrutement et modifier nos résultats.

Notre échantillon de médecin généraliste était assez varié, ce qui a permis d'explorer un maximum d'idées diverses. En effet il y avait quatre femmes pour cinq hommes. Les générations étaient panachées, le plus jeune médecin avait 32 ans et le plus âgé 68 ans.

L'échantillon représentait plutôt bien les médecins généralistes de Loire-Atlantique puisque la moyenne d'âge des médecins était de 58 ans (contre une moyenne de 50 ans recensée en 2013 en Loire Atlantique), il y avait 47% de femmes médecins (contre une moyenne de 44% de femmes médecins généralistes recensés en 2013 en Loire Atlantique)(53). Cinq médecins sur neuf encadraient des internes ou des externes.

Cependant aucun médecin rencontré n'a été à l'initiative d'un AOD en première intention. Or on peut penser qu'un médecin primo-prescripteur peut se sentir moins méfiant avec leur utilisation.

4.2. Conditions d'examens adaptées

Les entretiens ont été menés lors d'un temps dédié, choisi par les médecins généralistes à l'endroit qui leur convenait. Ils se sont déroulés soit à la fin de leur journée de travail, soit pendant leur pause déjeuner, soit lors d'une demi-journée où ils ne travaillaient pas. Le facteur temps n'a pas joué sur la

durée et la qualité des entretiens.

On leur demandait de s'appuyer sur une histoire clinique qu'ils avaient rencontrée afin d'éviter d'émettre des généralités.

Cependant l'enregistrement audio a pu modifier le comportement des médecins généralistes. Bien que tous les médecins aient été prévenus du caractère anonyme des entretiens, certains ont pu paraître gênés au début des enregistrements.

Certains médecins interrogés connaissaient l'investigateur 2 et notamment son parcours professionnel (à savoir interne de médecine vasculaire), cela a pu influencer leur réponses.

4.3. Analyse par double codage

Le double codage par une personne extérieure a permis de renforcer la validité de l'étude et d'être le plus neutre possible dans l'analyse des résultats. Pour chaque entretien, toutes les unités de sens ont été analysées et répertoriées par les deux investigateurs en catégories, et on s'assurait que les idées soient bien concordantes.

L'investigateur 1 ne possédait pas la retranscription des entretiens. Il se peut que, lors de la catégorisation, certaines interprétations des unités de sens s'éloignent de leur sens global.

V. Conclusion

Cette enquête qualitative menée sept ans après l'apparition du premier AOD aura permis de faire ressortir un ressenti global des médecins généralistes sur cette nouvelle forme d'anticoagulant oral.

En effet l'arsenal thérapeutique des anticoagulants oraux du médecin généraliste a été profondément modifié depuis l'apparition des AOD en 2008. Cette alternative encore perçue comme une nouveauté vise à remplacer les AVK sans leurs inconvénients.

Malgré un engouement remarqué des spécialistes, l'apparition d'une nouvelle classe thérapeutique telle que les AOD, semble bouleverser l'identité professionnelle du médecin généraliste. Celui-ci très souvent positionné dans le renouvellement, craint par le manque de contrôle régulier, d'altérer une relation privilégiée avec son patient.

Bien que souvent deuxième prescripteur le médecin généraliste a un rôle principal dans le suivi d'un patient sous anticoagulant. Mais sa décision est encore fragile car soumise à de nombreuses influences diverses véhiculées par les spécialistes, les pairs, le coût des molécules, le patient.

Pourtant les médecins généralistes sont séduits par cette nouvelle classe thérapeutique et expriment l'envie d'une utilisation plus fréquente. Au vue des nombreux essais publiés et des formations spécifiques rassurantes, les AOD représentent un progrès scientifique pour les médecins généralistes. Les déterminants les plus souvent exprimés encourageant leur prescription sont le suivi simplifié pour le médecin et le patient et une prescription plus aisée permettant ainsi un exercice simplifié.

Mais les AVK, maniés depuis presque 60 ans, sont encore profondément ancrés dans la pratique médicale et conservent encore un avenir pour les médecins. En effet face à la crainte d'un risque hémorragique majoré en raison de l'absence d'un antidote, ils restent encore très prudents quant à l'utilisation des AOD notamment chez les personnes âgées.

L'accumulation de données d'essais cliniques menées dans la vraie vie, incluant des patients fragiles, permettrait de rassurer la communauté médicale. De plus, supposant que l'arrivée d'un antidote atténuerait probablement le sentiment de méfiance générale, il serait intéressant de réévaluer ce ressenti une fois qu'il aura fait son apparition.

VI. Bibliographie

1. HAS (Haute Autorité de Santé). Guide parcours de soins Fibrillation atriale. 2014.
2. Bénard E, Lafuma A, Ravaud P. Epidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse. mars 2015;34(6):415-9.
3. Oger E, EPI-GETBP Study Group. Incidence of venous thromboembolism: A community-based study in Wester France. Groupe d'étude de la thrombose de Bretagne Occidentale. *Thromb Haemost.* 2000;83(5):657-60.
4. ANSM. ANSM : Les anticoagulants en France en 2014 : états des lieux, synthèse et surveillance [Internet]. 2014. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/61981/795269/version/2/file/ANSM-rapport_NACOs-avril+2014.pdf
5. Hart R, Pearce L, Aguilar M. Meta-analysis : antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* juin 2007;12(146):857-67.
6. Dam H. The antihemorrhagic vitamin of the chick. *Biochem J.* 1935;29:1237-85.
7. Moreau C, Lorient M-A, Siguret V. Les antagonistes de la vitamine K : de leur découverte à la pharmacogénétique. *Ann Biol Clin (Paris).* 2012;770(5):539-51.
8. Mueller RL, Scheidt S. History of Drugs for Thrombotic Disease, Discovery, Development, and Directions for the Future. *Circulation.* janv 1994;89(1):432-49.
9. EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. Coordination CRPV de Bordeaux. 2007.
10. ENEIS : Etude Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins. DREES. Etudes et Résultats n°398, mai 2005 et Série Etudes et Recherche n°110, septembre 2011.
11. ANSM. Les anticoagulants en France en 2012 : Etat des lieux et surveillance [Internet]. 2012. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/901e9c291a545dff52c0b41365c0d6e2.pdf
12. HAS. Groupe d'Etude sur l'Hémostase et la Thrombose (GEHT) Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.sfar.org/_docs/articles/183-recommandationAVK-HAS.pdf
13. Hamberg A-K, Wadelius M, Lindh JD, Dahl ML, Padriani R, Deloukas P, et al. A Pharmacometric Model Describing the Relationship Between Warfarin Dose and INR Response With Respect to Variations in CYP2C9, VKORC1, and Age. *Clin Pharmacol Ther.* juin 2010;87(6):727-34.
14. Kirkwood T. Calibration of reference thromboplastins and standardisation of the prothrombin

time ratio. 28 juin 1983;49(3):228-44.

15. Mahe I, Bal dit Sollier C, Duru G, Lamarque H, Bergmann J-F, Drouet L. Utilisation et suivi biologique des antivitamines K en pratique médicale courante: Résultats français de l'étude internationale ISAM chez des patients ayant une fibrillation auriculaire. *Presse Médicale*. déc 2006;35(12):1797-803.
16. Simonet V, Cambus J, Boneu B. Antivitamines K: utilisation pratique. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Hématologie, 13-022-D* [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/Hemato/DES/A24-AVK.pdf>.
17. ANSM. Rapport : Bon usage des antivitamines K (AVK) [Internet]. 2012. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d550a9311848623e57d311cc0ebacbe.pdf
18. Laurent M, Dufour C, Dieu B, Varin R. Place des nouveaux anticoagulants oraux. *Monit Hosp*. 2010;224:24-7.
19. ANSM. Retrait du marché de l'anticoagulant melagatran/ximelagatran. 2006.
20. EMA. Meeting highlights from the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/04/news_detail_002310.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
21. Bouvenot G, Bounhoure J-P, Montastruc J-L, Vacheron A. Rapport sur les anticoagulants oraux directs (AOD) [Internet]. ANM; 2014. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/aod2805.pdf>
22. Frappé P, Liébart S. Nouveaux anticoagulants oraux en soins primaires : point de vue du médecin généraliste [Internet]. 2013 [cité 28 août 2015]. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498213006568>
23. HAS (Haute Autorité de Santé). Fibrillation auriculaire non valvulaire. Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K: apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®)_ fiche de bon usage des médicaments- HAS. 2013.
24. CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Nouveaux anticoagulants oraux : une étude de l'Assurance Maladie souligne la dynamique forte de ces nouveaux médicaments et la nécessité d'une vigilance accrue dans leur utilisation. 2013.
25. JORF. Avis relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques. n°0172 page 12850 texte n°93 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030940818>
26. HAS. Commission de la Transparence Avis 3 ELIQUIS [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/eliquis_pic_reev_avis3_modifiele16012015_ct13857.pdf
27. Liard F, Le Heuzey J-Y, Aliot É, Mabo P, Leenhardt A. Fibrillation atriale et traitement

anticoagulant : point de vue du médecin généraliste, du cardiologue et du patient. Presse Médicale. juill 2013;42(7-8):e259-70.

28. Motte S. New oral anticoagulants: emerging clinical data and role of the primary care physician. Rev Médicale Brux. sept 2011;32(4):342-50.
29. Ewen E, Simon, Weintraub, Kolm PG, Zhang Z, Liu X. Patterns of warfarin use and subsequent outcomes in atrial fibrillation in primary care practices. Vasc Health Risk Manag. oct 2012;587.
30. Fuchs P, Vogel T, Lang P-O. L'anticoagulation du patient âgé en fibrillation atriale : que prescrivent les cardiologues, les gériatres et les médecins généralistes ? Rev Médecine Interne. août 2015;36(8):509-15.
31. Authors/Task Force Members, Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation * Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 1 nov 2012;33(21):2719-47.
32. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 14 nov 2014;35(43):3033-73.
33. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
34. Matthew B. Miles, Huberman AM. Analyse des données qualitatives 2ème édition. De Boeck. 1994. 510 p.
35. Krieger C, Stephan D, Aleil B. Enquête prospective sur les nouveaux anticoagulants oraux en médecine libérale : un enthousiasme prudent. Ann Cardiol Angéiologie. avr 2015;64(2):68-75.
36. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes Rapport final Cuisine et dépendance : Les usages socioculturels des médicaments chez les médecins généralistes français. [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf
37. Huskamp HA, O'Malley AJ, Horvitz-Lennon M, Taub AL, Berndt ER, Donohue JM. How Quickly Do Physicians Adopt New Drugs? The Case of Second-Generation Antipsychotics. Psychiatr Serv. avr 2013;64(4):324-30.
38. HAS (Haute Autorité de Santé). Commission De La Transparence Avis du 12 juin 2013 XARELTO 15mg XARELTO 20mg. 2013.
39. HAS (Haute Autorité de Santé). Commission De La Transparence Avis du 17 décembre 2014 ELIQUIS 2.5mg et ELIQUIS 5mg [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/eliquis_pic_reev_avis3_modifiele16012015_ct13857.pdf
40. ANTI-COAGULANTS. Rev Médicam. nov 2012;18.

41. Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G. Etude Polychrome: construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. *Prat Organ Soins*. 2008;1(39):43-51.
42. Marietta M. Direct oral anticoagulants in atrial fibrillation: can data from randomized clinical trials be safely transferred to the general population? *No. Intern Emerg Med*. sept 2015;10(6):647-50.
43. Sardar P, Chatterjee S, Chaudhari S, Lip GYH. New Oral Anticoagulants in Elderly Adults: Evidence from a Meta-Analysis of Randomized Trials. *J Am Geriatr Soc*. mai 2014;62(5):857-64.
44. Graham DJ, Reichman ME, Wernecke M, Zhang R, Southworth MR, Levenson M, et al. Cardiovascular, Bleeding, and Mortality Risks in Elderly Medicare Patients Treated With Dabigatran or Warfarin for Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Circulation*. 13 janv 2015;131(2):157-64.
45. Holster IL, Valkhoff VE, Kuipers EJ, Tjwa ETTL. New Oral Anticoagulants Increase Risk for Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. juill 2013;145(1):105-12.e15.
46. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 4 août 2005;353(5):487-97.
47. Righini M, Mazzolai L, De Moerloose P. Anticoagulants oraux directs et l'observance thérapeutique : de la nécessité d'une éducation continue. 2014;(416):315-6.
48. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*. mars 2014;383(9921):955-62.
49. Pinaud P. Etude sur la prescription des nouveaux anticoagulants oraux chez les médecins généralistes Picards.Amiens. 2013.
50. Laroche J-P, Böge G, Brisot D, Mestre S, Nou M, Zappulla C, et al. Anticoagulants oraux directs : des antidotes ? *J Mal Vasc*. mars 2015;40(2):115.
51. Sheikh A, Patel NJ, Nalluri N, Agnihotri K, Spagnola J, Patel A, et al. Trends in Hospitalization for Atrial Fibrillation: Epidemiology, Cost, and Implications for the Future. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. juill 2015; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033062015000511>
52. Krejczy M, Harenberg J, Marx S, Obermann K, Frölich L, Wehling M. Comparison of cost-effectiveness of anticoagulation with dabigatran, rivaroxaban and apixaban in patients with non-valvular atrial fibrillation across countries. *J Thromb Thrombolysis*. mai 2014;37(4):507-23.
53. Le Breton-Lerouvilliois Gwénaëlle, Rault J-F. Ordre National des Médecins, La Démographie Médicale En Région Pays-de-la-Loire Situation en 2013- [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf

VII. Annexes

Annexe 1 : Interactions communes à tous les anticoagulants

Substances	Risque	Niveau de l'interaction	Recommandations
+ Acide acétylsalicylique	Majoration du risque hémorragique, notamment en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal	CONTRE-INDICATION - des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g/jour) - des doses antalgiques ou antipyrétiques (≥ 500 mg par prise et/ou <3 g/jour) et en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal. Association déconseillée avec : - des doses antalgiques ou antipyrétiques (≥ 500 mg par prise et/ou <3 g/jour) en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal - des doses antiagrégantes (de 50 à 375 mg par jour) et en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodéal. Nécessité d'un contrôle le cas échéant, en particulier du temps de saignement. <u>A prendre en compte avec :</u> - des doses antiagrégantes (de 50 à 375 mg par jour)	
+ Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastroduodénale par les AINS)	CONTRE-INDICATION - avec la phénylbutazone. Association déconseillée : - avec les autres AINS. Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique étroite, voire biologique.	
+ Glucocorticoïdes (sauf hydrocortisone en traitement substitutif)	Glucocorticoïdes (voies générale et rectale) : impact éventuel de la corticothérapie sur le métabolisme de l'antivitamine K et sur celui des facteurs de la coagulation. Risque hémorragique propre à la corticothérapie (muqueuse digestive, fragilité vasculaire) à fortes doses ou en traitement prolongé supérieur à 10 jours.	<u>Précaution d'emploi</u>	Lorsque l'association est justifiée, renforcer la surveillance : le cas échéant, contrôle biologique au 8e jour, puis tous les 15 jours pendant la corticothérapie et après son arrêt.
+ HBPM et apparentés (doses curatives et /ou sujet âgé)	Augmentation du risque hémorragique	<u>Précaution d'emploi</u>	Renforcer la surveillance clinique et, le cas échéant, biologique.
+ Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Augmentation du risque hémorragique	<u>Précaution d'emploi</u>	Surveillance clinique et, le cas échéant, contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant la durée de l'association et à son arrêt.

Annexe 2 : interactions propres aux AVK

Substances	Risque	Niveau de l'interaction et	Recommandations
+ Miconazole	Hémorragies imprévisibles, éventuellement graves	CONTRE-INDICATION	
+ Millepertuis	Diminution des concentrations plasmatiques de l'antivitamine K, en raison de son effet inducteur enzymatique, avec risque de baisse d'efficacité voire d'annulation de l'effet dont les conséquences peuvent être éventuellement graves (événement thrombotique). En cas d'association fortuite, ne pas interrompre brutalement la prise de millepertuis mais contrôler l'INR avant puis après l'arrêt du millepertuis.		
+ Phénybutazone	Pour toutes les formes de phénybutazone, y compris locales : augmentation du risque hémorragique (inhibition de la fonction plaquettaire et agression de la muqueuse gastroodénale par les AINS).		
+ Anti-infectieux : sulfaméthoxazole + Cytotoxique : fluorouracile + Antitussif morphinique : noscapine	Augmentation importante de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique.	Association déconseillée	Si l'association ne peut être évitée, contrôle plus fréquent de l'INR et adaptation de la posologie de l'antivitamine K pendant le traitement par cotrimoxazole et après son arrêt.
+ Certains antifongiques : itraconazole, fluconazole, voriconazole, éconazole. + Antibiotiques : certaines céphalosporines, cyclines, les fluoroquinolones, macrolides (sauf spiramycine), sulfafurazole, sulfaméthazole + Antiparasitaire : proguanil + Antiarythmiques : amiodarone, dronedarone, propafénone + Hypolipémiants : fibrates, inhibiteurs de l'HMGCoA-réductase + Cytotoxiques + Autres : alpha-tocophérol, androgènes, cisapride, colchicine, danazol, disulfirame, hormones thyroïdiennes, méthyprednisolone, orlistat, paracétamol fortes doses (4g/jour), pentoxyphilline, tamoxifène, tibolone, tramadol.	Augmentation de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique	Précaution d'emploi	Contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant la durée de l'association et à son arrêt.
+ Anticonvulsivants Inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénytoïne, fosphénytoïne, phénobarbital, primidone + Anti-infectieux : rifampicine, éfavirenz, névirapine, griséofulvine, inhibiteurs de protéases du VIH boostés par ritonavir	Diminution de l'effet de l'antivitamine K par augmentation de son métabolisme hépatique par l'anticonvulsivant inducteur.	Précaution d'emploi	Contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'antivitamine K pendant le traitement par l'anticonvulsivant inducteur et 8 jours après son arrêt.

Annexe 3 : Interactions propres aux AOD

Substances	Risque	Niveau de l'interaction	Recommandations
+ Ciclosporine, tacrolimus + Itraconazole, kétoconazole	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	CONTRE-INDICATION	
+ Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénytoïne, fosphénytoïne, phénobarbital, primidone. + Rifampicine	Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.	Association déconseillée	
+ Dronédarone	Doublement des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	Association déconseillée	
+ Amiodarone, quinidine, vérapamil	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	Précaution d'emploi	Surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/j.

Rivaroxaban

Substances	Risque	Niveau de l'interaction	Recommandations
+ Inhibiteurs puissants du CYP3A4	Augmentation des concentrations plasmatiques de rivaroxaban avec majoration du risque de saignement.	Association déconseillée	
+ Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénytoïne, fosphénytoïne, phénobarbital, primidone. + Rifampicine	Diminution des concentrations plasmatiques de rivaroxaban, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.	A prendre en compte	

Apixaban

Substances	Risque	Niveau de l'interaction	Recommandations
+ Inhibiteurs puissants du CYP3A4	Augmentation des concentrations plasmatiques de l'apixaban avec majoration du risque de saignement.	Association déconseillée	
+ Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques : carbamazépine, phénytoïne, fosphénytoïne, phénobarbital, primidone. + Rifampicine	Diminution des concentrations plasmatiques de l'apixaban, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.	A prendre en compte	

Annexe 4 : Courriel adressé aux médecins

Bonjour,

Actuellement interne en 2eme année d'internat de médecine générale inscrite au DESC de vasculaire, je m'intéresse pour mon travail de thèse sur le ressenti des médecins généralistes sur les anticoagulants oraux directs (AOD). L'objectif est de définir la perception (connaissances, utilisation, idées, comportements) qu'ont les médecins dans leur pratique quotidienne et les espoirs représentés par ces nouvelles molécules. Pour cela nous souhaitons réaliser une étude prospective qualitative afin d'explorer les idées des médecins généralistes dans ces nouvelles molécules. L'enquête se déroulera par entretien d'environ 15 à 20 minutes et ils seront entièrement enregistrés au moyen d'un enregistreur audio afin d'être retranscrits. Les réponses aux entretiens seront anonymes. Si vous acceptez de participer à cette enquête Je me déplacerai pour vous rencontrer afin de mener l'entretien. Si vous avez été amené à rencontrer dans votre pratique une situation clinique qui vous a marqué lors de l'utilisation d'un AOD chez un patient, il serait intéressant d'apporter le cas afin que l'on en discute au cours de l'entretien.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, merci dans un premier temps de me renvoyer un mail en y notifiant vos coordonnées et si possible à quel moment il est possible pour vous de vous libérez pour mener l'entretien.

Si vous voulez plus d'informations n'hésitez pas à me contacter.

En espérant avoir une réponse favorable de votre part.

Bien cordialement,

Leblanc Chloé

Interne de médecine générale en 2eme année, inscrite au DESC de vasculaire

Annexe 5 : Descriptif des médecins généralistes

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	Total
Sexe										
Femme		X	X				X		X	4
Homme	X			X	X	X		X		5
Age										
	37	50	54	50	68	65	51	50	32	50,8
Formation										
DES	MG	MG	MG	MG	MG	MG	MG	MG	MG	9
DU / DIU	Médecine préventive de l'enfant						Médecine du sport	Médecine préventive de l'enfant	Gynécologie	4
Autres					CAPS			Coordinateur EHPAD		2
Année début installation										Médiane 19ans
1970-1980					1978	1978				2
1980-1990										0
1990-2000		1996	1990	1996			1997	1996		5
2000-2015	2004								2013	2
Mode d'installation										
Cabinet seul						X				1
En association	X	X	X	X			X	X	X	7
Remplaçant					X					1
Milieu d'installation										
Semi-rural									X	1
Semi-urbain	X									1
Urbain		X	X	X	X	X	X	X		7
Enseignement										
Externes								X		1
Internes	X	X	X	X						4
Durée entretien (min)										
	0:14:04	0:12:11	0:17:59	0:37:46	0:21:34	0:20:25	0:23:57	0:17:04	0:21:01	0:20:40

Annexe 6 : Compilations des entretiens, unités de sens et catégories associées

Entretien 1

Présentation du médecin

Homme, 37 ans

Spécialité : Médecine générale, avec un DU médecine préventive de l'enfant

En exercice depuis 2004, en cabinet de groupe avec encadrement d'internes

Population soignée : jeunes défavorisés, de type semi-urbain

Entretien

NB : Les annotations entre crochet sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Avez-vous apporté une situation clinique, et si oui pouvez-vous me raconter cette situation par rapport à la prescription d'un des nouveaux anticoagulants ?*

- Même si ce n'est pas moi qui l'avait prescrite ?

- *Oui.*

- Monsieur qui est en FA...

- *Un monsieur qui avait quel âge ?*

- Alors quand il avait commencé son FA, il avait 62... 62 ans. Découverte d'une FA. C'est moi qui l'ai trouvé au domicile avec son FA. Euh... Donc initialement prescription d'un traitement par AVK classique en l'occurrence, je crois que lui – je vais vérifier ça tout de suite – mais je crois que lui c'était de la Coumadine... Il est resté comme ça sous Coumadine pendant un certain temps, sauf que son INR était compliqué à équilibrer. Enfin il n'est pas resté très longtemps d'ailleurs sous Coumadine puisque la Coumadine je l'ai introduite, enfin l'hôpital... Alors non excuse-moi je vais être très précis. L'hôpital avait introduit du Préviscan initialement et c'était très exactement dans les dates... Pour te dire à peu près combien de temps... En mai 2012 ! Et moi je suis passé à la Coumadine un mois plus tard, parce que je préfère la Coumadine au Préviscan. Et comme il n'était pas encore équilibré au moment, au moment où je l'ai vu avec le Préviscan... Le Préviscan ayant plus de risque d'accident immuno-allergique, j'ai changé. Et donc on a fait de la Coumadine comme ça pendant quelques mois sauf qu'on n'a jamais réussi à équilibrer l'INR [1us1]. Et du coup le cardiologue qui l'a revu, en octobre donc quatre mois après juin, l'a mis sous Pradaxa [1us2]. Et il le met dans son courrier « comme les INR sont très fluctuants [1us3] et que la fonction rénale est normale [1us4] je remplace Coumadine par Pradaxa [1us5] ». Voilà.

- *Et vous comment vous vous êtes senti par rapport à cette prescription de Pradaxa ?*

- Euh... Je me suis posé des questions [1us6]. Alors oui j'ai compris, c'est à dire que je me suis senti un peu vexé qu'il ait changé [1us7]. Je suis plutôt méfiant vis à vis du Pradaxa [1us8] et des nouveaux anticoagulants en général [1us9]. Parce qu'on n'a d'abord pas assez de recul, [1us10] ensuite on a ce problème éventuel de surveillance compliquée à effectuer [1us11] puisque on n'a pas de marqueurs biologiques de

surveillance [1us12] et qu'on n'a pas d'antidotes s'il y a un surdosage [1us13]. Chez un patient quand même qui est alcoolique [1us14] et qui se casse la gueule des fois, je trouvais que c'était un facteur de risque [1us15]. Ceci étant, chez ce monsieur chez qui on n'arrive pas du tout à équilibrer l'INR après plusieurs mois de changements de doses, on n'arrive jamais [1us16], je pense que le rapport bénéfice/risque du Pradaxa me paraît favorable dans cette indication là [1us17]. Et donc au départ j'étais interrogatif [1us18] et donc après, je n'ai pas changé et je n'ai même pas appelé le cardiologue parce que ça me paraît effectivement l'indication acceptable pour ce monsieur [1us19]. Voilà mon point de vue.

- *Donc est-ce que vous, vous pourriez considérer que ça vous a facilité les choses ou pas la prescription de Pradaxa ?*

- Beh chez ce monsieur ça va lui éviter de faire des INR tous les mois [1us20], moi ça m'évite à avoir à rappeler le monsieur tous les mois [1us21] ou de changer le dosage tous les mois de Coumadine [1us22]. On n'a plus besoin de se préoccuper de son patient tout le temps [1us23]. Alors est-ce que c'est bien ou ça n'est pas bien [1us24] ? En tout cas dans les avantages, oui il n'y a plus la surveillance [1us25] et la réadaptation fréquente de son traitement et de son dosage [1us26] chez un monsieur qui a quelques troubles des fonctions supérieures [1us27]. C'est aussi ça qui faisait que j'avais des craintes au départ [1us28]. C'est quand même mieux de ne pas changer sans arrêt les dosages [1us29]. Donc un traitement qu'on ne bouge pas et qu'on n'a pas besoin de changer en permanence chez un monsieur qui a des défauts de ses fonctions supérieures je trouve ça un avantage [1us30].

- *Et ce monsieur comment il l'a compris? Est ce qu'il a compris ce changement de prescription ?*

- Il n'a pas tout compris... Il a compris si, il a compris vaguement que le premier traitement on avait du mal à équilibrer son dosage. Il a à peu près compris ça. Il a compris qu'avec cet autre traitement là c'était plus facile. C'est ce qu'on lui a présenté comme ça, enfin le cardiologue lui a présenté comme ça. Mais bon après ce monsieur il ne discute pas trop de ses traitements habituellement donc il a accepté en patient bien compliant et bien docile. Et je ne pense pas qu'il ait notion des éventuels effets secondaires, des risques éventuels, d'avoir avec ce traitement [1us31] des précautions particulières à prendre avec ce traitement [1us32]. Donc ce monsieur a compris à peu près que c'était pour un problème d'équilibre du traitement à prendre.

- *Et vous, est-ce que ça vous pose problème de re-prescrire, de renouveler son traitement par rapport au Pradaxa ?*

- Non dans sa situation à lui, non [1us33]! Je ne sais pas si dans ton travail de thèse tu cherchais des cas où ça posait problème ?

- *Les deux m'intéressent. Si ça s'est bien passé ou pas.*

- D'accord, alors dans ce cas présent, non. Ça se passe bien, il n'y a pas de complications jusqu'à présent [1us34]. Je pense que lui, et c'est pour ça que je n'ai pas cherché à discuter avec le cardiologue ou changer de traitement [1us35], je pense que lui fait partie des rares indications intéressantes des NACO [1us36].

- *Pourquoi intéressantes ?*

- Parce que c'est un monsieur je dis, qui est compliqué à (prendre en charge)... Quand on change quelque chose pour ce monsieur, vu qu'il est paumé et qu'il a des troubles des fonctions supérieures, quand on change sans arrêt les traitements... [1us37] Les

anticoagulants dire qu'il faut... Il faut lui téléphoner par exemple pour lui dire qu'il faut qu'il arrête de prendre comme c'est marqué sur l'ordonnance, « deux comprimés de Coumadine », mais qu'il en prenne plus qu'un ou qu'il en prenne à un autre dosage... [1us38] Il ne suit pas ce monsieur. Moi je trouve que c'est plus simple [1us39], il prend toujours la même chose [1us40] et il suit ce qu'il y a de marqué sur l'ordonnance [1us41]. Il a un semainier chez lui. Son semainier est fait à l'avance et pas besoin de refaire le semainier [1us42]. Et bon, pour des raisons pratiques d'éviter de changer les doses sans arrêts c'est plus simple [1us43]. Il y a plus de risque à changer les doses sans arrêts, que le patient il ne comprenne pas ce qu'on veut, qu'il prenne pas la dose qu'on aurait voulue, qu'il comprenne mal et qu'on ait des complications de surdosage ou de sous dosage [1us44]. Pour moi c'est très intéressant dans sa situation des troubles des fonctions supérieures [1us45].

- *Est-ce que il y a d'autres indications où vous utilisez le Pradaxa ?*

- Non. Ce que t'appelles autres indications, moi c'était INR impossible à équilibrer [1us46]. Voilà.

- *Est-ce qu'il vous est arrivé d'introduire un nouvel anticoagulant ?*

- Non. La seule indication c'était chez ce monsieur et c'est le cardiologue [1us47]. J'essayerai toujours... Enfin je n'ai pas eu trop de situations où c'était difficile à équilibrer, on arrive toujours à peu près. Peut-être que si j'avais... Oui peut-être que si j'avais une autre situation où je ne solliciterais pas le cardiologue, oui je pourrais peut-être le faire [1us48].

- *Oui parce que vous avez été satisfait de la situation avec ce patient ?*

- Oui pour ce patient oui ! Donc je n'ai pas eu effectivement de mauvaise expérience [1us49] et je pourrai être amené à la refaire [1us50]. Même si je garde en première intention les AVK [1us51] comme c'est recommandé.

- *Si vous personnellement vous aviez une indication à une anticoagulation orale, est-ce que vous choisiriez un des nouveaux anticoagulants oraux ?*

- Pour moi ?

- Oui.

- Ah non moi je prendrais un AVK. Je prendrais la Coumadine.

- *Pourquoi ?*

- Parce que c'est la molécule qui est recommandée théoriquement en première intention [1us52] comme ayant le meilleur rapport bénéfice/risque [1us53] et avec laquelle on a un peu plus de recul [1us54].

- *Et si jamais vous étiez dans le cas du patient qui avait des problèmes de contrôle d'INR ?*

- Alors dans ce cas-là... (Rires) Ah... Je ne sais pas jusqu'où je serais allé... Je pense que moi je peux me faire des contrôles d'INR régulièrement et me changer les doses régulièrement. Je ne pense pas que je me serai prescrit un NACO.

- *Vous auriez préféré vous faire plus de prise de sang ?*

- Oui ! Oui, quitte à m'en faire toutes les semaines oui. [1us55]

- *Et pourquoi ?*

- Parce que je pense préférer un médicament sur lequel on a du recul [1us56]. Même si

on a des garanties de sécurité [1us57], il manque une surveillance [1us58].

- *D'accord. Est-ce que pour vous les nouveaux anticoagulants oraux représentent un progrès ?*

- Ah, (rires) bonne question. J'ai un « oui mais » [1us59]. Un oui mais, mais à la condition qu'on ne s'aperçoive pas que dans cinq ans, dix ans, que finalement il y ait des effets secondaires bien fâcheux [1us60] ou qu'il y ait une augmentation de la morbi-mortalité tout simplement avec ces traitements-là [1us61]. Aujourd'hui ça me paraît effectivement être un progrès dans certains cas seulement [1us62]. C'est à dire les cas des patients impossibles à équilibrer [1us63] ou alors de patient... Je pense à un autre soudain. Ce n'est pas moi qui ai introduit mais je suis le médecin traitant officiel. Mais ce n'est plus trop moi qui le suis, qui refuse les INR. Parce que ça le fait suer de faire des contrôles et prises de sangs tous les mois [1us64].

- *Oui donc c'était une solution?*

- Oui voilà et il a été mis sous Pradaxa je crois aussi. Donc là je pense que c'est un progrès pour ces deux types de patients : les INR difficiles à équilibrer et ceux qui refusent les prises de sang tous les mois. Oui à la condition que la morbi-mortalité ne soit effectivement pas augmentée [1us65]. Mais au jour d'aujourd'hui vu qu'à priori enfin, je ne connais pas toutes les études [1us66], mais enfin j'ai l'impression qu'il n'y a pas forcément d'augmentation de la morbi-mortalité avérée [1us67]. Ça me paraît être un progrès [1us68].

- *Très bien, merci.*

- Enfin après l'inconvénient c'est que ça coûte la peau des fesses... [1us69] Je crois que ça coûte dix fois plus cher [1us70]. Enfin je ne sais plus combien [1us71] mais c'est très cher [1us72]. Et il faut vraiment que le rapport coût sur bénéfice soit intéressant quoi [1us73]. Est-ce que ça vaut vraiment le coup? [1us74] Puis il faut quand même surveiller la fonction rénale de temps en temps [1us75] parce que l'insuffisance rénale ce n'est pas très bon. Après je ne connais pas toutes les contres-indications absolues [1us76]. Il faudrait que je vérifie. Je ne me suis pas renseigné au fond [1us77]. Les AVK en n'ont mais... Je suppose qu'une femme enceinte non plus n'a pas le droit de prendre les NACO comme les AVK? [1us78] Je ne sais pas si un obèse a des précautions particulières d'emploi [1us79]. A priori non, mais il y a des précautions à prendre [1us80]. Oui j'ai quelques incertitudes [1us81]. Je ne sais pas si quelqu'un qui a des risques majeurs de chute [1us82], enfin avec les AVK c'est pareil, ou quelqu'un qui a des gros troubles des fonctions supérieures et qui est susceptible d'en boulotter plusieurs [1us83] : qu'est-ce qu'on fait en cas de surdosage? [1us84] Enfin voilà c'est les points d'interrogations que j'ai sur les NACO [1us85].

Unités de sens E1

Nombre (N_{us}) = 85

- lus1 : indiqués lorsque difficultés d'équilibre des INR
- lus2 : introduction par le cardiologue
- lus3 : indiqués lorsque les INR sont fluctuants so lus AVK (motif du cardiologue)
- lus4 : nécessité d'une fonction rénale normale (motif cardiologue)
- lus5 : utiles pour remplacer un AVK
- lus6 : posent des questions
- lus7 : sentiment de vexation si prescrit par un autre
- lus8 : méfiance vis à vis du Pradaxa
- lus9 : méfiance des autres NACOS
- lus10 : pas assez de recul
- lus11 : surveillance compliquée
- lus12 : pas de marqueurs de surveillance
- lus13 : risques de surdosage
- lus14 : risques chez un patient alcoolique
- lus15 : risques chez les patients qui chutent
- lus16 : indiqués lorsque l'équilibre de l'INR so lus AVK est impossible
- lus17 : rapport bénéfice/risque favorable
- lus18 : posent des questions
- lus19 : indications acceptables chez certains patients
- lus20 : évitent les INR mensuels
- lus21 : évitent de rappeler le patient
- lus22 : évitent le changement de dose
- lus23 : évitent la préoccupation fréquente du médecin généraliste vis-à-vis du patient
- lus24 : posent des questions sur l'indication des AOD
- lus25 : évitent une surveillance trop fréquente
- lus26 : évitent les adaptations de dose
- lus27 : adaptés aux patients avec des troubles des fonctions supérieures
- lus28 : craintes au départ
- lus29 : évitent les changements de dose fréquents
- lus30 : avantage chez un patient avec des troubles des fonctions supérieures
- lus31 : les patients ne mesurent pas les risques éventuels des AOD
- lus32 : les patients n'ont pas notions des précautions à prendre
- lus33 : renouvellement possible dans certains contextes
- lus34 : pas de complications
- lus35 : indications comprises pour certains patients
- lus36 : indications rares et intéressantes
- lus37 : adaptés aux patients avec des troubles des fonctions supérieures
- lus38 : patients moins perdus dans les prescriptions
- lus39 : plus simple
- lus40 : même dosage
- lus41 : ordonnance simplifiée
- lus42 : évitent de refaire le semainier
- lus43 : simplicité
- lus44 : moins de risque de surdosages/sous-dosage

lus45: intéressants pour des patients avec des troubles des fonctions supérieures
lus46: indiqués quand INR impossible à équilibrer
lus47: introduction par cardiologue
lus48: introduction possible par le médecin généraliste
lus49: pas de mauvaise expérience
lus50: possibilité de réitérer la prescription
lus51: pas en 1^{ère} intention
lus52: pas recommandé en 1^{ère} intention à l'inverse des AVK
lus53: moins bon rapport bénéfice/risque
lus54: moins de recul
lus55: manque la sécurité d'un contrôle par bilan sanguin
lus56 : pas assez de recul
lus57: garantie de sécurité
lus58 : surveillance insuffisante
lus59: progrès dans certains cas
lus60: risques d'effets secondaires dans cinq à dix ans
lus61: augmentation de la morbi-mortalité
lus62: progrès dans certains cas
lus63: indiqués si INR impossible à équilibrer
lus64: indiqués si patients refusent de faire un bilan sanguin mensuel
lus65: progrès si on s'aperçoit pas d'une augmentation de la morbi-mortalité
lus66: méconnaissances d'études
lus67: pas d'augmentation de la morbi-mortalité
lus68: représentent un progrès
lus69: très coûteux
lus70: coûtent dix fois plus cher
lus71: méconnaissance du prix des AOD
lus72: très coûteux
lus73: rapport coût/bénéfice interrogé
lus74: posent des questions sur l'efficience
lus75: nécessitent une surveillance de la fonction rénale
lus76: méconnaissances des contre-indications absolues
lus77: pas d'autoformation
lus78: méconnaissances chez les femmes enceintes
lus79: méconnaissances des précautions d'emploi chez les obèses
lus80: agir avec des précautions d'emploi
lus81: émet des incertitudes
lus82: méconnaissances en cas de chute
lus83: risque surdosage si troubles fonctions supérieures
lus84: questionnement quand surdosage
lus85: interrogations en suspens

Catégories E1

Nouvelles catégories (NC) = 27

Dont catégories concordantes totales (CCT) = 22

Catégories totales (CT) = 27

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

- 1 - Deuxième intention:** 1us1, 1us3, 1us5, 1us16, 1us18, 1us46, 1us51, 1us52, 1us63, 1us64
- 2 - Deuxième prescripteur :** 1us2, 1us47
- 3 - Intégrités des reins : 1us4
- 4 - Questions sans réponses :** 1us6, 1us81, 1us85
- 5 - Souhait d'être le premier prescripteur :** 1us7
- 6 - Méfiance:** 1us8, 1us9, 1us28
- 7 - Manque de recul:** 1us10, 1us54, 1us56, 1us60
- 8 - Surveillance non sécurisante:** 1us11, 1us12, 1us55, 1us58
- 9 - Surdosage dangereux:** 1us13, 1us83
- 10 - Patient type/ contexte type:** 1us14, 1us15, 1us19, 1us27, 1us30, 1us33, 1us35, 1us36, 1us37, 1us45
- 11 - Efficient:** 1us17, 1us67
- 12 - Suivi simplifié :** 1us20, 1us21, 1us22, 1us23, 1us25, 1us44
- 13 - Prescription simplifiée:** 1us26, 1us29, 1us38, 1us40, 1us41, 1us42
- 14 - Indications questionnées : 1us24
- 15 - Inconnu des patients :** 1us31, 1us32
- 16 - Pas d'expérience négative :** 1us34, 1us49
- 17 - Simplicité :** 1us39, 1us43
- 18 - Possibilité d'être le premier prescripteur : 1us48, 1us50
- 19 - Pas efficace :** 1us53, 1us61
- 20 - Garantie de sécurité :** 1us57
- 21 - Progrès :** 1us59, 1us62, 1us65, 1us68
- 22 - Manque d'informations/Manque de connaissances :** 1us66, 1us71, 1us76, 1us78, 1us79, 1us82, 1us84
- 23 - Coûteux :** 1us69, 1us70, 1us72
- 24 - Interrogation sur l'efficacité : 1us73, 1us74
- 25 - Toxicité rénale :** 1us75
- 26 - Manque de formation :** 1us77
- 27 - Précaution d'emploi : 1us80

Entretien 2

Présentation du médecin

Femme, 50 ans

Spécialité : Médecine générale

En exercice depuis 1996, dans une maison multidisciplinaire en association, avec encadrement d'internes

Population soignée : Tout venant, de type urbain

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Par rapport à la situation clinique que vous avez rencontrée avec l'utilisation d'un nouvel anticoagulant, est-ce que vous pouvez m'en parler ? Quel type de patient c'était ?*

- Alors c'était une femme de 78 ans, qui avait fait... Enfin, aux antécédents d'accident vasculaire cérébral et donc qui avait une cardiomyopathie ischémique ancienne et qui faisait des accès de fibrillation auriculaire. Donc c'était une dame qui était sous Préviscan et qui donc avait des suivis réguliers que le cardiologue du coup a trouvés un petit peu lourd [2us1]. Et de but en blanc il l'a passée sous les nouveaux anticoagulants [2us2].

- *C'est quel type de nouvel anticoagulant ?*

- Alors je regarde... C'était Pradaxa.

- *D'accord. Et du coup, vous avez repris le suivi de cette patiente ?*

- Donc moi voilà, je n'ai pas été trop mise dans le coup... [2us3] Ma patiente n'a pas été vraiment convaincue, enfin je pense on ne lui a pas vraiment expliqué... [2us4] On lui a juste dit voilà, il lui a dit que c'était plus simple [2us5], que maintenant ça existait [2us6]. Et donc elle a dû prendre ça.

- *D'accord. Et est-ce que ça vous a posé un problème à un moment donné ?*

- Alors le problème que ça m'a posé c'est que c'est une dame qui du coup, je pense, n'a pas adhéré à son traitement [2us7]. Et elle avait des gonflements dans les jambes et des douleurs dans les jambes et elle a été persuadée que c'était le Pradaxa.

- *Pourquoi vous pensez qu'elle n'a pas adhéré ?*

- Je pense, enfin après en revoyant le dossier, je pense qu'il ne lui a pas vraiment expliqué l'intérêt. Et elle, pour elle c'était un effet secondaire du médicament et donc voilà... Moi j'ai essayé de lui expliquer que non. Euh... Et puis ça s'est terminé que je suis revenue au Préviscan ! J'ai appelé le cardiologue et je lui ai dit « Beh là moi je reviens au Préviscan [2us8] ». Donc elle est revenue au Préviscan et elle m'a soutenu mordicus que c'était la faute du médicament [2us9]. Ce qui est possible d'ailleurs, je ne sais pas... [2us10] Enfin voilà, de but en blanc ça a été comme ça.

- *Et ça a duré combien de temps la prescription du Pradaxa ?*

Le médecin regarde dans son dossier informatique.

- Alors c'est ce que j'essaye de retrouver et que j'ai du mal à retrouver. Je regarde... Euh Pradaxa... Je suis dessus... Voilà, il lui avait mis en novembre 2012 [2us11] en fait et donc reprise euh... « Veut reprendre le Préviscan », c'était en mars 2013. Et pour elle c'était un œdème des deux chevilles.

- *Ok. Et vous dans cette situation comment vous vous êtes sentie ?*

Soupir

- Alors voilà... Pff moi au début je me suis dit euh... « Ce n'est pas le médicament ». Enfin je me suis dit : « il n'y a pas de raison que ça soit ce médicament-là ». J'ai essayé de regarder, beh non je n'ai pas vu les effets secondaires... Et c'est vrai que je ne me suis pas interrogée en me disant : « Beh si c'est peut-être le médicament en fait ». A posteriori je trouve que voilà j'étais... Puis au bout d'un moment je me suis dit : « Bon elle veut plus de ce traitement elle y adhère pas donc bon, on change ! ». J'ai appelé le cardiologue en insistant pour qu'elle rechange.

- *D'accord.*

- Parce que c'est une dame qui faisait régulièrement des poussées d'insuffisance cardiaque donc je me disais, ces œdèmes des chevilles c'est plus ça. Mais après coup c'est vrai qu'elle ne s'en est plus plainte quand on a rechangé pour le Préviscan, donc après tout, peut-être que c'était un effet secondaire chez elle de ce médicament-là [2us12]. Donc au début j'avoue, je ne l'ai pas cru quoi. Voilà.

- *Et comment vous vous sentiez : à l'aise ou non par rapport à la prescription de Pradaxa ?*

- Alors par rapport à la prescription je ne me sentais entre guillemets pas concernée [2us13] puisqu'elle avait été faite par le cardiologue [2us14]. Moi je suis très réservée sur ces anticoagulants [2us15] parce qu'il n'y a quand même pas d'antidotes [2us16]. Ce que j'avais lu dessus, ça ne m'engageait pas à le prescrire [2us17]. Et donc euh... Moi je n'en prescris jamais de premier [2us18]... Je reprends toujours des prescriptions qui ont été faites soit par le cardiologue soit par l'angiologue [2us19].

- *Donc pour vous c'est plutôt une difficulté de prescrire un nouvel anticoagulant comme le Pradaxa plutôt qu'une facilité ?*

- Oui, je ne suis pas à l'aise [2us20]. C'est vrai que je ne les maîtrise pas [2us21], je ne les connais pas bien [2us22]. Alors c'est vrai que c'est plus facile [2us23] parce qu'il n'y a pas de suivi pour les gens actifs etc... [2us24] Je comprends bien que ce soit plus facile parce qu'on n'a pas de TP INR à faire [2us25], mais après il y a tout un mauvais côté où il n'y a pas d'antidote [2us26], on ne les connaît que moyennement [2us27]. Moi ce que j'ai pu lire c'est que ça ne semblait pas apporter quelque chose de nouveau [2us28]. Donc euh... Voilà !

- *Est-ce que vous avez une autre situation ?*

- Alors oui j'avais une autre situation où ça s'est mieux passée m'enfin c'est un peu pareil. Cherche sur son ordinateur

-Je l'ai retrouvé. Donc c'est aussi un monsieur qui est en fibrillation auriculaire permanente et c'est aussi le même cardiologue qui l'a passé sous... Alors lui c'était... Euh... Xarelto. Voilà !

- *D'accord.*

- Alors ça a été mis tout de suite lui, il n'a pas eu de Préviscan. Le cardiologue l'a mis tout de suite sur la FA, Xarelto [2us29] plus Amiodarone. C'était en avril 2013.

- *D'accord. Et est-ce que il y a eu une problématique qui s'est posée ?*

- Alors la problématique c'est que ce monsieur a dû être opéré d'un problème ophtalmo, ou une coloscopie, je ne sais plus. Il a vu un anesthésiste qui a remis un peu en cause cette prescription [2us30] en disant : « Voilà ça risque de le faire saigner [2us31], c'est ennuyeux etc... ». Et donc après le patient, pareil il m'a posé la question [2us32] et moi je ne savais pas trop quoi lui répondre puisque je ne savais pas [2us33]. Donc j'ai appelé le cardio. Mais bon on lui a tout réexpliqué et on lui a laissé le Xarelto contrairement à l'avis de l'anesthésiste. Parce que voilà ce monsieur en avait besoin et vu la fibrillation auriculaire il avait plus de risque à arrêter l'anticoagulant qu'à le maintenir. C'était plus là, pas tellement un problème avec le Xarelto lui-même mais avec la prescription des anticoagulants qui a posé problème. »

- *D'accord.*

- Et sinon le patient lui connaissant pas trop le traitement [2us34], il m'a beaucoup interrogée dessus [2us35]. Et c'est vrai je n'ai pas beaucoup, enfin je ne connais pas bien... C'est un peu le même problème dans le sens où je ne connais pas bien ces anticoagulants [2us36] qui sont prescrits largement par certains cardiologues [2us37] et certains... Pas tous ! Donc euh voilà on n'a pas trop...

- *Donc là vous aviez juste suivi, vous n'aviez pas introduit le Xarelto ?*

- Non, non ! Je n'en introduis pas. C'est vrai que je ne vais pas spontanément introduire un traitement par un nouvel anticoagulant [2us38].

- *Et pourquoi ça vous pose des inconvénients de prescrire au cabinet ? Par exemple le Xarelto dans cette situation ?*

- Parce que je ne connais pas [2us39]. Ceci étant, moi c'est plus les indications. Moi une phlébite c'est vrai que je ne vais pas introduire tout de suite le traitement sans avoir de diagnostic [2us40]. Donc euh... Beh, forcément j'envoie faire l'écho-doppler et ça va être l'angiologue qui prescrit [2us41]. La fibrillation auriculaire moi c'est pareil je demande au cardiologue. Je ne fais pas l'instauration du traitement tout de suite, je demande l'avis du cardiologue, je reconnais [2us42]. Je pourrais le faire, il y a beaucoup de médecins généralistes qui le font [2us43] mais je ne me sens pas [2us44]. Je ne maîtrise pas bien la cardio [2us45] et je préfère demander un avis, donc c'est pour ça [2us46].

- *D'accord. J'ai une autre question : si vous, vous aviez une indication à une anticoagulation, quel type d'anticoagulant vous choisiriez ? Et est-ce que vous choisiriez du Xarelto par exemple ?*

- Beh ouais... Je te dis c'est difficile parce que je ne maîtrise pas bien [2us47], que voilà si je tombe sur une fibrillation auriculaire qui ne peut pas être reçue tout de suite. Si c'est quelqu'un de jeune, c'est vrai que j'aurais peut-être tendance... S'il est CHILD je ne sais pas combien là, j'aurais plutôt tendance à mettre ça. Chez un patient jeune d'ailleurs, ce qui est peut-être idiot [2us48].

- *Pourquoi chez un patient jeune ?*

- Parce qu'il est actif [2us49] et qu'on aura peut-être plus de mal à faire les INR [2us50]. Moi chez les personnes âgées j'arrive à bien gérer. Je n'ai pas de problème avec les

anticoagulants classiques.

- *Parce que vous arrivez à les faire adhérer au traitement ?*

- Oui et parce que les TP INR on y arrive. Moi je n'ai pas de gros souci d'équilibre ou de choses comme ça.

- *Est-ce que pour vous les NACO représentent un progrès ?*

- Non, je n'aurais pas dit un progrès [2us51]. Pour le moment je n'en ai pas vu l'utilité particulière [2us52]. Après c'est vrai que chez les patients jeunes [2us53] pour leur éviter les prises de sang multiples, peut-être [2us54].

- *Donc pour une situation qui nécessite une anticoagulation vous avez plutôt tendance à prescrire les AVK ?*

- Oui plutôt les AVK parce que je les connais, voilà !

Unités de sens E2

N_{us} = 54

- 2us1 : suivi facilité pour les cardiologues
- 2us2 : introduction par le cardiologue
- 2us3 : médecin traitant écarté de l'introduction
- 2us4 : moins d'explications lors de l'introduction
- 2us5 : plus simple pour les cardiologues
- 2us6 : nouvelle alternative
- 2us7 : patients adhèrent moins à leur traitement
- 2us8 : introduction par le cardiologue
- 2us9 : les patients adhèrent moins à leur traitement
- 2us10 : manque de connaissance (des effets secondaires)
- 2us11 : introduction par le cardiologue
- 2us12: effets secondaires à type d'œdème des membres inférieurs
- 2us13: médecins généralistes pas concernés par la prescription
- 2us14: prescription par le cardiologue
- 2us15: beaucoup de réserve quant à la prescription
- 2us16: absence d'antidote
- 2us17: article lu peu convaincant sur la prescription
- 2us18: jamais d'introduction
- 2us19: introduction par l'angiologue ou le cardiologue
- 2us20: ne se sent pas à l'aise
- 2us21: manque de maîtrise de ces médicaments
- 2us22: manque de connaissance
- 2us23: suivi plus facile
- 2us24: pas de suivi pour les gens actifs
- 2us25 : pas de surveillance biologique
- 2us26: pas d'antidote
- 2us27: connaissance approximative de ces molécules
- 2us28: n'apportent pas quelque chose de nouveau
- 2us29: introduit par le cardiologue en 1^{ere} intention
- 2us30 : remis en cause par les anesthésistes
- 2us31 : risque de saignements
- 2us32 : soulèvent des questions auprès des patients
- 2us33: manque de connaissance des risques liés à l'anesthésie
- 2us34: méconnus des patients
- 2us35 : les patients soulèvent des questions auprès des médecins généralistes
- 2us36 : peu de réponses à apporter aux patients car manque de connaissance
- 2us37 : prescrits de manière importante par les cardiologues
- 2us38: jamais introduit par le médecin généraliste
- 2us39: ne les connaît pas
- 2us40: nécessité de confirmer un diagnostic avant de les introduire (Phlébite, FA)
- 2us41: prescription par l'angiologue
- 2us42 : demande l'avis du cardiologue avant la prescription
- 2us43 : beaucoup de médecins généralistes qui les introduisent
- 2us44 : ne se sent pas prête à les utiliser
- 2us45 : manque de connaissance en cardiologie en général

2us46 : demande l'avis du cardiologue avant de les prescrire
2us47: pas de maîtrise de ces molécules
2us48: possibilité de les prescrire chez un patient jeune
2us49: possibilité de les prescrire chez un patient actif
2us50: évite la contrainte de faire réaliser des bilans sang pour l'INR
2us51 : pas un progrès
2us52 : pas d'utilité particulière
2us53: indiqués chez les patients jeunes
2us54 : évitent de réaliser les INR

Catégories E2

Catégories totales = 41 (27CT + 14NC)
Dont catégories concordantes totales = 20

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

- 1 - Deuxième intention
- 2 - Deuxième prescripteur:** 2us2, 2us8, 2us11, 2us14, 2us18, 2us19, 2us29, 2us38, 2u41
- 3 - Intégrités des reins
- 4 - Questions sans réponses
- 5 - Souhait d'être le premier prescripteur
- 6 - Méfiance :** 2us15
- 7 - Manque de recul
- 8 - Surveillance non sécurisante
- 9 - Surdosage dangereux
- 10 - Patient type/ contexte type:** 2us48, 2us49, 2us53
- 11 - Efficient
- 12 - Suivi simplifié:**, 2us24, 2us25, 2us50, 2u54
- 13 - Prescription simplifiée
- 14 - Indications questionnées
- 15 - Inconnu des patients :** 2us34
- 16 - Pas d'expérience négative
- 17 - Simplicité :** 2us23
- 18 - Possibilité d'être le premier prescripteur :** 2us43
- 19 - Pas efficient :** 2us51
- 20 - Garantie de sécurité
- 21 - Progrès
- 22 - Manque d'informations/ Manque de connaissances :** 2us10, 2us22, 2us27, 2u39, 2us33, 2us36, 2us45
- 23 - Coûteux
- 24 - Interrogation sur l'efficience
- 25 - Toxicité rénale
- 26 - Manque de formation
- 27 - Précaution d'emploi
- 28 - Utilisation simplifiée pour les spécialistes : 2us1, 2us5, 2us37
- 29 - Prescription subie :** 2us3, 2us13
- 30 - Manque d'adhésion du patient:** 2us4, 2us7, 2us9
- 31 - Nouvelle alternative : 2us6
- 32 - Effets secondaires :** 2us12
- 33 - Absence d'antidote :** 2us16, 2us26
- 34 - Littérature non convaincante :** 2us17
- 35 - Sentiment d'inconfort:**2us20, 2us21, 2us44, 2us47
- 36 - Pas d'amélioration du service médical rendu :** 2us28, 2us52
- 37 - Remis en cause par les spécialistes :** 2us30
- 38 - Risque hémorragique :** 2us31
- 39 - Questionnement des patients :** 2us32, 2us35
- 40 - Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription :** 2us40
- 41 - Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue) :2us42, 2us46

+ 14 nouvelles catégorie
11 CC parmi les NC

Entretien 3

Présentation du médecin

Femme, 54 ans

Spécialité : Médecine générale

En exercice depuis 1990, dans un cabinet de deux associés, avec encadrement d'internes pour notre médecin mais pas le 2ème associé.

Population soignée : Population de tous âges, favorisée, de type urbain

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Vous avez apporté une situation clinique, est-ce que vous pouvez me raconter un peu ce qu'il s'est passé ?*

- Alors c'était un de mes patients, un monsieur qui a 74 ans. Qui a comme antécédent un cancer de la prostate qui est stabilisé. Voilà, qui est suivi. Et qui fait des phlébites à répétition. Voilà, donc il en a fait plusieurs. Ça a été un des modes de révélation de son cancer d'ailleurs. Et puis il en a fait, il en fait souvent. Donc il a été longtemps sous Préviscan, et puis tous les contrôles étaient favorables donc on avait dit qu'on arrêta. Il a dû être pendant trois ou quatre ans, parce qu'il en avait enchaîné plusieurs, toujours à la même jambe. Là ça faisait quatre ans qu'il en faisait plus. Donc on avait dit avec l'angiologue, on avait dit : « On arrête ! ». Et puis il y a deux mois à peu près, il est tombé. Enfin, il a essayé de rattraper sa femme qui est tombée, donc il est tombé et il s'est fait un petit peu mal à la cheville. Petite entorse, il n'a pas consulté tout de suite. Et puis au bout de quinze jours, trois semaines il avait toujours mal à sa jambe, mais pour lui ça ne ressemblait pas à des phlébites. Parce qu'il avait eu des formes un petit peu... Alors la première, la deuxième, alors moi après je me méfiais ! Dès qu'il avait un petit peu mal au mollet et souvent c'était quand même une phlébite. Et puis là, c'est sa femme qui lui a dit : « Va chez ton médecin ». Enfin, va chez LE médecin, parce que je suis les deux. Donc au bout de trois semaines, il y est allé. Et puis ça ne ressemblait pas à la phlébite typique qu'on voit, mais ça traînait. Et puis ça ne ressemblait pas non plus à une entorse. Puis un monsieur très cool, très jovial. Je lui dis : « Quand même on appelle l'angiologue et je vous envoie ». Donc elle l'a pris tout de suite et puis beh ma foi, il n'est pas reparti avec sa voiture. Elle a appelé une ambulance. En fait il avait une thrombose qui partait de là jusque-là (me montre de la région surale jusqu'au pli inguinal). Donc il a été hospitalisé à la recherche d'une embolie pulmonaire trois, quatre jours. Il n'y en avait pas, et là il est ressorti avec une ordonnance de Xarelto [3us1].

- *D'accord. Et il a été hospitalisé au CHU ? Et ça c'était quand ?*

- Attendez, est-ce que j'ai le compte rendu du CHU ? Je crois que je n'ai pas encore le compte-rendu du CHU. Attendez juste une seconde, alors c'était... Ah si je suis méchante, si si, c'était du trois au six février. Je suis mauvaise langue. Donc : plusieurs épisodes veineux de maladie thromboembolique avec une phlébite en 2001, contexte post opératoire, et une en 2006. Et puis il y en a eu d'autres, récurrence en 2012. Voilà.

- *D'accord. Et donc vous avez poursuivi cette prescription du Xarelto ?*
 - Ah beh oui je l'ai continué parce que là voilà [3us2]. Et puis là c'est le 4ème épisode de thrombose veineuse du membre inférieur droit mais il me semble qu'il n'y en a plus (relit le compte rendu) : « Traitement anticoagulant à poursuivre à vie ».

- *Est-ce que vous savez pourquoi ils ont mis ce patient sous Xarelto et pas sous Préviscan ? Est-ce que c'est le patient qui en avait marre des contrôles ?*
 - Ah non, non non ! Puis il le faisait bien. Et puis il n'était pas compliqué, il n'était pas compliqué à équilibrer. Et puis il faisait bien ses INR tous les mois et je le rappelais rarement pour modifications. C'est un monsieur cortiqué, tout ça.

- *Et là avec le Xarelto est-il content de sa prescription ?*
 - Ah beh oui, il n'a pas de prises de sang à faire. Il n'est pas mécontent !

- *Et vous, comment vous vous sentez par rapport à la prescription du Xarelto ?*
 - Et bien je me sens pas mal finalement, donc je me sens à l'aise [3us3]. Alors ce n'est pas le premier. Vous m'aviez demandé un cas récent et en fait j'en ai pas trente-six j'en ai deux.

- *D'accord, deux patients sur l'ensemble de votre patientèle ?*
 - Oui j'ai beaucoup plus de patients sous Préviscan ou Sintrom. Donc c'est vrai que j'y vois un avantage quoi [3us4]. On travaille à deux en alternance avec ma collègue. Le vendredi soir, alors on essaye de ne pas les mettre le vendredi soir [3us5], mais bon les infirmières parfois à domicile [3us6]. Le vendredi soir... Pour l'INR. Alors les labos nous appellent, quand ils ne sont pas bons [3us7]. Et parfois c'est des patients âgés, ils ne le gèrent pas, c'est les infirmières [3us8]. Alors il faut appeler l'infirmière machin [3us9]... J'avoue que voilà. J'avoue que c'est pratique [3us10]. Moi ça ne me fait pas peur [3us11].

- *Oui c'est vrai que c'est quelque chose qu'on entend aussi auprès des médecins généralistes.*
 - Non non, je n'ai pas plus peur [3us12]. Les patients sont surveillés. Je n'ai pas de patients tous seuls, il faut juste prendre les précautions nécessaire, c'est tout ! [3us13] Voilà moi les personnes très âgés il y a une infirmière qui passe, il n'y a aucun problème [3us14].

- *Parce que vous avez peu de patients âgés dans votre patientèle ?*
 - Ah si j'en ai. Ce sont des gens qui sont plutôt soit en couple, autonomes, soit en maison de retraite, qui sont surveillés. Je n'ai pas peur avec les nouveaux anticoagulants.

- *Et est-ce que vous avez plus peur avec le Préviscan chez les personnes âgées ?*
 - Non pareil, pour moi les risques sont identiques [3us15]. Après c'est le coût qui je pense est différent, les nouveaux ont l'air plus chers quand même. [3us16]. Donc j'ai regardé quand même sur le Vidal. J'ai vu qu'il y avait une différence entre l'Eliquis et le Xarelto. Donc pour moi il y en a deux dans les nouveaux ? [3us17]

- *Il y en a trois maintenant : Il y a le Pradaxa, Xarelto et Eliquis.*
 - D'accord, mais alors pourquoi il n'est pas dans les anti-Xa le Pradaxa ?

- *Parce que ce n'est pas un anti-Xa, c'est un anti thrombine.*
 - Et j'ai vu que l'Eliquis était indiqué dans la prévention en cas de chirurgie de genou et hanche. Mais après pour les autres indications je reconnais que je ne sais pas [3us18]. Après c'est peut-être les labos qui n'ont pas demandé l'AMM.

- *Et vous me disiez qu'il y a une différence de coût entre les AVK et les AOD ?*
 - Ah beh oui j'ai vu ça, alors déjà le plus cher c'est le Xarelto. Le Xarelto est deux fois plus cher que l'Eliquis. Et l'Eliquis est dix fois plus cher que le Préviscan [3us19]. Alors après par contre, mais je pense qu'entre la surveillance des INR, le labo, l'infirmière... Il faut voir ! Finalement c'est probablement moins cher. [3us20]

- *Il faut voir le bilan à la fin...*
 - Vous le connaissez déjà ? C'est vrai que c'est intéressant ce bilan, ça évite le coût des prises de sang [3us21]. Et puis voir aussi entre les risques de surdosage d'INR qu'entraînent les AVK avec des hospitalisations. Est-ce que tout ça n'amène pas un surcoût ? Moi je trouve ça confortable [3us22].

- *Du coup les deux patients que vous avez sont sous Xarelto ?*
 - Oui je n'en ai pas sous Eliquis encore !

- *Alors pour ce premier patient non, mais est-ce que c'est vous qui avait introduit le Xarelto pour le deuxième ?*
 - Non, introduire comme ça c'est quand même des patients qui font soit une phlébite, soit... Enfin je ne me vois pas instituer ça ! [3us23] C'est des gens qui sont hospitalisés, c'est des flutters [3us24].

- *Et l'autre patient que vous suivez c'était dans quelle indication ?*
 - C'était un flutter cette dame-là. Une dame âgée qui a des gros troubles cognitifs qui est en maison de retraite.

- *Et ça a été aussi introduit en hospitalisation ?*
 - Oui oui ! Non mais il y a des médecins qui l'introduisent à leur cabinet ?
- *Oui oui !*
 - Comment ?

- *Par exemple s'ils ont un cardiologue qui peut voir le patient rapidement.*
 - Mais à ce moment-là c'est le cardiologue qui introduit ? [3us25]

- *Oui, il y a des médecins qui se sentent très à l'aise avec la prescription...*
 - Si peut-être ceux qui font les électros, qui dépistent... Ça doit être quand même très marginal [3us26]. Ou pour ceux qui suspectent une thrombose et on sait que l'angiologue pourra le voir dans deux jours. Enfin des choses comme ça... Nous une thrombose, on téléphone [3us27].

- *Et vous avez le rendez-vous dans la journée ?*
 - Oui tout de suite, c'est qui n'est peut-être pas là le cas...

- *Oui c'était plus long. Par exemple c'était le cas d'un médecin qui travaille vraiment en zone rural.*
 - Beh oui on n'a pas le même mode de fonctionnement [3us28].

- *Vous vous sentez à l'aise pour le renouvellement, la prescription ? Pour l'introduction, vous faites plutôt appel aux spécialistes ou à l'hospitalisation ?*

- Oui, c'est lors d'une hospitalisation en général [3us29].

- *Est-ce que vous le souhaiteriez ensuite ? Est-ce que c'est quelque chose que vous pourriez pouvoir faire, le prescrire de vous-même ?*

- Non [3us30]. Enfin je ne fais pas d'électros moi donc non je ne me vois pas [3us31]. Mais de même que le Préviscan.

- *Au final les deux sont comparables pour vous ?*

- Ah beh oui. Je ne l'ai jamais fait et je ne vois pas comment je pourrais le mettre [3us32].

- *D'accord. Est-ce que vous-même, si vous aviez une indication à une anticoagulation, vous préféreriez être sous les nouveaux anticoagulants oraux ou sous les anciens, enfin les AVK ?*

- Ah oui, sous les nouveaux !

- *Pourquoi ?*

- Pas de prise de sang [3us33], je trouve que ça facilite le suivi [3us34]. Ce n'est pas la peur de la prise de sang. Mais je trouve ça plus simple [3us35]. Pas de surveillance d'INR [3us36].

- *En vous remémorant ce cas, avez d'autres choses à dire sur les nouveaux anticoagulants oraux ? Ou l'autre cas ? Est-ce que y'a des choses particulières qui se sont passées ?*

- Non tout se passe bien ! [3us37]

- *Les patients sont aussi satisfaits de leur prescription ?*

- Oui, la dame qui a les troubles cognitifs voilà. Et le monsieur qui avait les AVK on a pu en parler il trouvait ça bien [3us38]. Après il n'a pas sauté non plus de joie. Après il m'a redemandé si il ne fallait pas faire des contrôles [3us39], alors je lui ai réexpliqué [3us40]. Alors il a dit « c'est super ! » et point barre. Après il fait confiance et il prend bien son traitement, sans problème, il n'y a aucun problème d'observance. [3us41]

- *D'accord*

- Après je me suis posée la question de savoir si je pouvais passer de l'un à l'autre. Par exemple les patients qui sont sous Préviscan, mais je ne sais pas comment on fait [3us42]. Parce que je n'ai pas beaucoup de patients [3us43] donc je n'ai pas beaucoup de recul [3us44]. Et puis moi je suis toujours très méfiante [3us45] sur les nouveaux médicaments. On avait commencé un peu à en parler à la journée d'hématologie il y a deux ou trois ans où ils parlaient des nouveaux anticoagulants en hémato avec bienveillance [3us46], mais avec attentisme [3us47], enfin voilà, sans diaboliser. Après moi j'attends toujours un petit peu pour voir [3us48]. Je connais peu les effets secondaires, il faut un peu de temps [3us49]. Après peut-être que dans quelques temps...

- *Oui il vous faut un peu de recul.*

- Voilà il faudra du recul, par l'expérience [3us50] et en discuter avec les cardiologues qui le prescrivent et les angiologues pour savoir ce qu'ils en pensent. [3us51] Voilà c'était un peu ça mon idée. Me donner encore 3 à 4 ans, voir si des effets secondaires apparaissent [3us52]. Je ne sais pas s'il y a un recul dans d'autres pays. Après c'est vrai que les patients qui ont des INR difficiles à équilibrer je pense que c'est une bonne

indication pour ces nouveaux anticoagulants. En vérifiant bien qu'ils ont une bonne fonction rénale [3us53] et surtout la fonction hépatique non [3us54]?

- Oui il faut évaluer avant l'introduction la fonction hépatique et la fonction rénale. Donc il y a eu peu de complications chez ces patients que vous avez eus sous Xarelto. Et vous n'avez eu dans votre patientèle un risque sous ces AOD finalement ?

- Non, effectivement, ça se passe bien [3us55]. Mais j'aimerais bien connaître le coût moyen entre les infirmières, le conditionnement du labo... Est-ce que ça reviendrait pas moins cher au final ? [3us56]

Unités de sens E3

N_{us} = 56

- 3us1 : introduits en milieu hospitalier
- 3us2 : les MG renouvellent la prescription
- 3us3 : à l'aise avec la prescription
- 3us4 : avantageux pour le MG par rapport aux AVK
- 3us5 : évitent de faire les INR
- 3us6 : évitent le passage d'une infirmière
- 3us7 : évitent d'être appelé par le laboratoire quand l'INR n'est pas dans la cible
- 3us8 : moins compliqués pour les personnes âgées
- 3us9 : évitent de rappeler l'infirmière
- 3us10 : pratiques
- 3us11 : pas de craintes
- 3us12 : pas plus de craintes qu'avec les AVK
- 3us13 : nécessitent une surveillance des patients
- 3us14 : pas de craintes chez les personnes âgées
- 3us15 : risques identiques avec les AVK
- 3us16 : coûteux
- 3us17 : connaissance de deux AOD sur trois (pas connaissance du Pradaxa)
- 3us18 : manque de connaissance sur les indications
- 3us19 : molécule plus coûteuse que les AVK (10 fois plus cher)
- 3us20 : évitent les coûts : des prises de sang/ du labo/ du passage IDE (infirmière diplômée d'état)
- 3us21 : intéressant d'éviter un coût engendré par la surveillance des INR
- 3us22 : confortable pour le médecin généraliste
- 3us23 : pas d'introduction par le médecin généraliste
- 3us24 : indications réservées à une introduction en milieu hospitalier
- 3us25 : introduction par le cardiologue
- 3us26 : introduction rarement possible pour le MG
- 3us27 : pas d'introduction en zone urbaine (spécialistes disponibles, proximité du CHU)
- 3us28 : l'introduction dépend du mode de fonctionnement du cabinet
- 3us29 : introduction en milieu hospitalier
- 3us30 : pas de souhait d'être le premier prescripteur
- 3us31 : introduction possible pour les MG qui font les ECG
- 3us32 : comparables aux AVK (introduction par MG)
- 3us33 : évitent les prises de sang
- 3us34 : facilitent le suivi
- 3us35 : plus simple
- 3us36 : évitent les INR
- 3us37 : pas de complications apparues avec ces molécules
- 3us38 : patients satisfaits de la prescription
- 3us39 : posent des questions auprès des patients
- 3us40 : nécessitent de donner des explications aux patients
- 3us41 : pas de difficulté d'observance des patients
- 3us42 : posent des questions : switch AVK aux AOD
- 3us43 : peu d'expérience car peu de patients concernés
- 3us44 : peu de recul

3us45 : méfiance car nouveaux
3us46 : récents
3us47 : nécessitent d'être attentif
3us48 : manque de recul
3us49 : peu de connaissance sur les effets secondaires
3us50 : manque de recul
3us51 : prescription par le cardiologue ou l'angiologue
3us52 : attendre quelques années pour voir si des effets secondaires apparaissent
3us53 : nécessitent une surveillance de la fonction hépatique
3us54 : nécessitent une surveillance de la fonction rénale
3us55 : pas de risques et complications
3us56 : intéressant de connaître le coût final

Catégories E3

Catégories totales = 52 (N41 + NC11)
Dont catégories concordantes totales = 18

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

- 1 - Deuxième intention
- 2 - **Deuxième prescripteur: 3us1, 3us2, 3us23, 3us25, 3us26, 3us27, 3us29, 3us51**
- 3 - Intégrités des reins
- 4 - Questions sans réponses
- 5 - Souhait d'être le premier prescripteur
- 6 - **Méfiance: 3us45, 3us47**
- 7 - **Manque de recul: 3us44, 3us48, 3us43, 3us50, 3us52**
- 8 - Surveillance non sécurisante
- 9 - Surdosage dangereux
- 10 - **Patient type/ contexte type: 3us14, 3us24**
- 11 - Efficient
- 12 - **Suivi simplifié: 3us5, 3us6, 3us7, 3us8, 3us33, 3us34, 3us36**
- 13 - Prescription simplifiée
- 14 - Indications questionnées
- 15 - Inconnu des patients
- 16 - **Pas d'expérience négative : 3us16, 3us37**
- 17 - **simplicité: 3us9, 3us10, 3us22, 3us35**
- 18 - **Possibilité d'être le premier prescripteur : 3us28, 3us31**
- 19 - Pas efficient
- 20 - Garantie de sécurité
- 21 - Progrès
- 22 - **Manque d'informations/ Manque de connaissances : 3us49, 3us17, 3us18, 3us42**
- 23 - **Coûteux : 3us19**
- 24 - Interrogation sur l'efficience
- 25 - **Toxicité rénale : 3us54**
- 26 - Manque de formation
- 27 - **Précaution d'emploi : 3us13**
- 28 - Utilisation simplifiée pour les spécialistes
- 29 - Prescription subie
- 30 - Manque d'adhésion du patient
- 31 - **Nouvelle alternative : 3us46**
- 32 - Effets secondaires
- 33 - Absence d'antidote
- 34 - Littérature non convaincante
- 35 - Sentiment d'inconfort
- 36 - Pas d'amélioration du service médical rendu
- 37 - Remis en cause par les spécialistes
- 38 - Risque hémorragique
- 39 - **Questionnement des patients : 3us39, 3us40**
- 40 - Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription
- 41 - Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue)

- 42 - Avantageux par rapport aux AVK : 3us4**
- 43 - Sérénité: 3us3, 3us11, 3us12, 3us14
- 44 - Identique aux AVK : 3us15, 3us32
- 45 - Pas le souhait d'être premier prescripteur : 3us30
- 46 - Moins coûteux : 3u20, 3u21**
- 47 - Sentiment de confort : 3us22
- 48 - Satisfaction des patients : 3us38**
- 49 - Bonne observance des patients : 3us41
- 50 - Manque d'expérience : 3us43
- 51 - Toxicité hépatique : 3us53
- 52 - Interrogation sur le coût réel : 3us56**

+ **11 Nouvelles catégories**
4 CC / 11 NC

Entretien 4

Présentation du médecin

Homme, 50 ans

Spécialité : Médecine générale.

En exercice depuis 1996, dans un cabinet de médecine générale de 2 médecins, avec encadrement d'internes pour notre médecin mais pas le 2eme associé

Population soignée : Population de type citadin

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Vous apportez une situation où vous avez utilisé un nouvel anticoagulant ?*

- Alors je ne l'ai pas utilisé en fait, ça a été mis en route par les médecins hospitaliers suite à une hospitalisation pour une fibrillation auriculaire. Voilà la situation.

- *Vous pouvez en parler, la décrire ?*

- Alors c'est une patiente de 80 ans, en 2013 qui a été hospitalisé pour un AVC ischémique qui avait déjà fait des épisodes de FA avec mise en route d'AVK. On a eu des difficultés pour garder, maintenir ses AVK puisqu'on avait des INR extrêmement perturbés. Mais elle n'avait pas fait ni d'AVC ni d'AIT. Et lors de son hospitalisation pour AVC ischémique [4us1] qui a été donc confirmé par un certain nombre d'examens, le médecin référent, le médecin neurologue, a décidé de la mettre sous Xarelto [4us2] pour, entre autre, difficulté de maintien des AVK avec des INR très perturbés [4us3], avec des problèmes d'observance [4us4], un certain nombre de problèmes. Donc là ça a été mis en route sans me demander mon avis [4us5].

- *Et comment vous vous êtes senti ? Vous avez revu cette patiente pour le renouvellement de son ordonnance ?*

- Alors moi j'ai revu cette patiente pour renouveler, alors je n'ai pas exactement les dates, mais pour refaire le point [4us6]. J'ai été un petit peu étonné qu'elle soit mise sous Xarelto [4us7] parce que c'est un médicament que j'utilise peu ou pas chez les personnes âgées en tout cas au-delà de 80 ans [4us8].

- *Pour quelles raisons ?*

- Parce que c'est un médicament que je considère comme assez récent [4us9]. Et les médicaments récents je suis toujours un peu plus prudent que les autres chez les personnes âgées [4us10]. Je trouve que la iatrogénie chez les personnes âgées est beaucoup plus nette que la iatrogénie chez les personnes plus jeunes [4us11]. En gros les NACO je n'y vois pas d'inconvénients chez quelqu'un qui a 60, 70 ans [4us12]. Au-delà de 80 ans... On prend des risques ! [4us13] Surtout cette dame-là, elle vit seule [4us14], a des troubles cognitifs je pense d'origine vasculaire ou en tout cas de type Alzheimer [4us15]. C'est une dame qui est poly-médicamentée, qui a beaucoup d'autres médicaments, donc je ne le sentais pas trop. Et puis elle avait une fonction rénale... Là

la clairance de la créatinine dans le courrier est estimée à 40micromolles/L. Autour des 40 quoi, selon la formule de Cockcroft. Alors pour moi, je n'ai même pas regardé mais il semble que le Xarelto fallait quand même que la Clairance soit un petit peu de meilleure qualité [4us16]. Et donc ce qu'il s'est passé, donc ça y est c'est bon je vous explique ?

- *Oui, allez-y.*

- Ce qui s'est passé c'est que je n'étais pas contre [4us17]. Je me suis dit : « Bon allez on le tente puisque ça se passé pas bien avec les AVK, on tente les NACO [4us18] ». Puis après tout, je suis quand même ouvert à toute nouvelle thérapeutique [4us19]. Malgré la réserve que j'ai pu émettre un petit plus tôt dans l'entretien je suis toujours assez ouvert. Je ne ferme jamais les portes dans quelques domaines que ce soit. Je me suis dit : « Banco on continue le Xarelto ». Et ce qui s'est passé c'est qu'on avait des infirmières à domicile qui intervenaient chez cette dame-là. On commençait à dire à la patiente « Olala c'est un médicament dangereux » [4us20]. C'était à l'époque où en plus sur le plan médiatique on commençait à parler de ce médicament en mal : le Xarelto [4us21].

- *C'était en 2013 ?*

- C'était en 2013 oui, elle a été hospitalisée en juin 2013. Or je pense que sur plan médiatique il y a eu, comme souvent, comme en ce moment avec le doliprane, des informations qui étaient assez négatives sur ce médicament [4us22]. Donc les infirmières ont influencé ma patiente [4us23].

- *Parce qu'elle avait des effets négatifs ?*

- Alors en fait ce qui s'est passé c'est que les infirmières libérales ont été dire à ma patiente que ce médicament était dangereux. Bien ! [4us24] Donc sans me demander mon avis mais ça c'est tout le problème de la coordination des soins, même si je suis très ouvert à la coordination des soins et au contraire j'aime bien travailler en équipe. Le reproche que je fais à la médecine générale c'est le manque de travail d'équipe et j'aime beaucoup travailler en équipe. Pour moi c'est l'avenir de la médecine générale. J'espère que vous, si vous faites de la médecine générale... Enfin si vous faites de la médecine vasculaire peut-être pas ?! Je suis pour le travail en équipe si vous voulez. Donc faire travailler des infirmières ne me déplaît pas, au contraire ! Mais là elles ont eu une attitude qui m'a un petit peu déçu. Et ce qui s'est passé c'est qu'un jour les infirmières m'ont appelé et m'ont dit : « Oui - Euh d'ailleurs je connais plus son nom – Madame G a un énorme hématome ». Au niveau de la cuisse si j'ai bonne mémoire... Je n'ai pas noté ça... Il y avait un hématome, en effet que j'ai confirmé. Je suis venu la voir elle avait un énorme hématome. Je pense que c'était suite peut-être à un traumatisme, à une chute [4us25]. En tout cas, quelque chose qui n'était pas trop méchant, en tout cas et beh là je me suis dit : « Eh bien je ne peux pas faire autrement : un, elle a eu une information, la patiente, sur le risque du Xarelto et deux, elle voit un gros hématome qui lui faisait mal et qui était gênant ». Je ne me suis pas posé de question et du coup j'ai arrêté le Xarelto tout de suite.

-*D'accord.*

- Donc j'ai arrêté le Xarelto un, parce-que le contexte ne s'y prêtait pas au départ pour moi [4us26], deux parce-que la patiente avait été influencé par du personnel soignant [4us27]... Et en plus ce contexte, cette crainte permanente cassait déjà un petit peu le rapport de confiance que je peux avoir avec ma patiente concernant les prescriptions que je peux lui délivrer. [4us28] Et trois, là il y avait aussi l'apparition d'un hématome

chez cette personne âgée qui pouvait présager d'un autre hématome [4us29], que de ce fait je me suis senti un peu coincé et je ne me voyais pas continuer avec le Xarelto.

- *D'accord, et donc vous l'avez remise sous AVK ?*

- Alors en fait j'ai fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire. Je ne l'ai pas remise sous AVK dans un premier temps, je l'ai remise sous Kardégic. Et je me suis donné un peu de temps... Bien sûr l'AMM du Kardégic n'est pas du tout dans la fibrillation auriculaire puisqu'elle a un CHADS euh... Enfin vous savez le score de CHADS ! Donc elle, il fallait absolument des AVK. Mais on sortait de cet hématome donc ce que j'ai fait c'est que j'ai mis dans un premier temps du Kardégic à la dose de 75 mg/jour, alors c'est là... Est-ce qu'il fallait la mettre sous 75 ou 160 ? Je ne savais pas trop, et j'ai joué la montre. Sauf qu'il y a eu d'autres problèmes qui sont intervenus puisque c'est une dame qui est poly-médicamenteuses, poly-pathologiques et elle est toujours vivante et c'est toujours aussi catastrophique. Mes pauvres internes qui venaient avec moi ils se disaient : « Mais comment c'est possible ? ». Elle a été ré-hospitalisée récemment pour AEG (Altération de l'Etat Général) pour diabète avec hémoglobine glyquée à 12%, puisque c'est une dame, je ne sais pas si on en reparlera, mais qui est vraiment poly-pathologiques. Non elle n'a pas refait d'AVC et j'avais l'idée de remettre, de redémarrer les AVK et voilà. Sauf que je n'ai pas pu redémarrer les AVK puisqu'elle a d'autres problèmes, elle a fait une poussée d'insuffisance cardiaque. Et les cardiologues, en effet, se sont rendus compte que l'insuffisance rénale s'était dégradée ils lui ont pas mis les NACO. Et pour moi elle est toujours sous Kardégic je crois. Elle est en danger mais euh...Elle, elle comprend ! Enfin voilà la balance bénéfice risque voilà... Et si elle est de nouveau sous AVK ! C'est depuis très peu de temps. (Rires)

- *D'accord.*

- Ça y est ça me revient, elle est sous Coumadine 2 mg ! Par contre des difficultés avec les infirmières parce que là, quand les patients refusent leur prises de sang hein ?! Comment on fait ? [4us30] Elle a quand même foutu samedi dernier là, l'infirmière libérale à la porte ! Elle a téléphoné en disant que Madame G l'avait mise dehors [4us31] ! Vous voyez le contexte ? Mais ça c'est la vraie vie quoi. Donc elle est sous AVK, sous Coumadine là. Justement je devrais avoir un résultat en fin de semaine-là, demain je pense.

- *Et c'est vous qui avez remis la Coumadine ?*

- Non, c'est lors de la dernière hospitalisation, ils l'ont mise sous Coumadine. Puisque là elle est en fibrillation auriculaire chronique. Elle faisait des accès de fibrillation paroxystique, mais là elle est en fibrillation auriculaire chronique. D'où l'insuffisance cardiaque puisqu'elle a une cardiopathie ischémique, une cardiopathie hypertensive, une cardiopathie liée à la fibrillation auriculaire. Donc elle est en insuffisance cardiaque globale.

- *D'accord et vous, vous avez eu l'occasion plusieurs fois de renouveler le Xarelto ?*

- Non une seule fois.

- *Et comment vous vous sentiez lors de la prescription ?*

- Bien ! Au contraire je n'étais pas du tout, est-ce que je peux ? Si vous voulez pour moi les NACO, en plus je suis ami avec Benoit G qui est responsable de l'unité neuro-vasculaire de Nantes, du CHU. Donc c'est un ami proche, j'étais en week-end avec lui. C'est à la fois un copain de fac et en plus je suis ami, très proche ami. Et lui il est très

NACO, il ne comprend pas que les généralistes en prescrivent si peu, qu'ils soient un petit peu réticents aux nouveaux anticoagulants [4us32]. Alors que lui, il a un biais puisqu'il voit tous les AVC et les AIT liés à la fibrillation auriculaire entre autre... Donc il prescrit beaucoup de NACO et j'ai aussi des copains cardiologues, dont là à Saint-Nazaire, qui là aussi sont des amis et qui comprennent pas notre réticence à prescrire les NACO [4us33]. Alors c'est vrai que moi j'ai cette influence-là [4us34]. En même temps je lis un peu *Prescrire*, mon associé lit beaucoup *Prescrire*, c'est un lecteur émérite de *Prescrire* depuis quinze ans. Et avec mon associé on fait un petit peu le point une fois par mois sur les nouveaux médicaments. Parce que moi je suis une génération aussi où j'ai vu l'emprise de l'industrie pharmacocinétique, comment vous dire, sur nos prescriptions. Moi je fais partie d'une génération où l'industrie pharmacocinétique nous offrait des repas au restaurant à droite à gauche. Alors oui c'était vraiment l'industrie pharmaceutique sur toute sa splendeur et encore j'ai envie de dire qu'à Bordeaux c'était encore plus important. Et donc, moi si vous voulez j'ai développé avec le temps quand même, une certaine, un certain sens critique très net, dès mon installation, qui a persisté vis à vis de la promotion des nouveaux médicaments. Parce que là aussi vous n'avez pas trop connu ça mais moi j'ai connu des soi-disant médicaments miraculeux dans les années 95 jusqu'à 2005 qui trois ans après étaient retirés du marché. Je peux vous en citer quatre, cinq de mémoire enfin j'ai un peu oublié. Je pense à un antidiabétique voilà ! Je pense à celui qui a remplacé la Cordarone un moment, mais euh puis tac ! Et il y en a un certain nombre comme ça ! L'industrie pharmaceutique nous a dit là « Olala Dr M là c'est vraiment le miracle ». Et puis en fait certains soit ont été retirés ou soit des restrictions d'indications extrêmement limitées. Donc moi si vous voulez je pense qu'il faut une industrie pharmaceutique, je défends mais il faut aussi un contre poids [4us35]. Et un moment j'ai senti les NACO comme une voie en effet très intéressante [4us36]. Puis il y a de moins de moins de nouveaux médicaments dans le domaine de médecine générale depuis une dizaine d'années. Je voyais ça quand même d'un bon œil mais j'étais quand même méfiant dès que je reçois des mails [4us37]. Je ne reçois plus de visiteurs médicaux depuis quinze ans. Peut-être un ou deux mais plus par gentillesse, on mange ensemble, mais je ne les reçois plus. Donc si vous voulez, de ce fait, moi je suis quand même très réticent vis à vis de la promotion par les labos des nouveaux médicaments [4us38] et de toute façon depuis que je suis installé, tout nouveau médicament je me donne un peu de temps [4us39]. Je ne fais pas comme certains médecins de ma génération ou des générations précédentes : à peine le nouveau médicament était sorti qu'on en prescrivait des kilos et des kilos parce qu'on avait bien mangé au restaurant, qu'on avait fait un beau week-end thalasso ou parce que voilà. Donc si vous voulez je suis un peu réticent au NACO. Maintenant j'ai aussi *Prescrire* qui m'a confirmé ma réticence [4us40], parce que *Prescrire* dit qu'il faut être très prudent [4us41]. Mais à la fois j'étais aussi un peu suspect de l'enthousiasme de mes copains neurologues ou cardiologues [4us42]. Voilà maintenant je ne suis pas du tout contre parce que quand les NACO sont prescrits à bon escient, je pense que c'est vraiment intéressant [4us43] puisqu'on évite tout le problème des AVK [4us44] avec les prises de sang [4us45], la iatrogénie [4us46]. Sachant que je n'ai jamais eu de décès liés à un AVK personnellement maintenant. Alors la iatrogénie bien sûre, avec des INR à 12 avec voilà [4us47]. Mais je n'ai jamais eu de complications graves. J'ai toujours réussi à gérer à peu près bien la Coumadine, le Préviscan, ça c'est toujours bien à peu près passé. C'est peut-être pour ça que les NACO j'y suis pas très favorable [4us48].

- Et du coup les surveillances d'INR ça ne vous a jamais posé de problèmes ?

- Ah si, ça nous demande beaucoup de travail [4us49]. Faut savoir moi j'ai une

population où je fais beaucoup de pédiatrie mais je fais aussi beaucoup de personnes âgées. Parce que je suis un gentil petit docteur qui va voir ses mamies et ses papis, qui prends soins d'eux. Donc je vois aussi bien un petit bébé de trois jours à la consultation que des grands-mères de 98 et voilà. Donc la fibrillation auriculaire étant extrêmement fréquente dans la population au-delà de 80 ans, j'ai beaucoup d'INR dans ma boîte mail tous les soirs donc faut gérer ça [4us50]. Chez des gens qui sont un peu sourds, qui sont un peu aveugles, qui voient plus rien et qui comprennent pas tout aux médicaments c'est vrai que ce n'est pas facile mais on s'en sort [4us51].

- *Et est-ce que vous préférez ce moyen ? Parce que les NACO par rapport à ça, c'est plus pratique entre guillemets.*

- Ah beh bien sûr c'est pour ça que je suis globalement favorable à l'introduction des NACO [4us52]. Parce que si on arrive à trouver une sécurité avec les NACO [4us53], c'est là le problème de l'antidote [4us54] on va peut-être en parler. Et le problème de leur durée de vie qui est un petit peu longue je crois aussi. Oui, les nouveaux qui viennent de sortir ont des durées de vie qui sont un peu plus longues je crois [4us55]. J'ai une grand-mère qui a été mis il y a huit jours par un cardiologue sous Eliquis. C'est ça ? A deux doses c'est ça ? [4us56] Il m'a expliqué au téléphone « écoute on fait ça, elle a une bonne fonction rénale, elle est bien cortiqué ». Puis elle ne se voyait pas du tout faire des prises de sang toutes les semaines ou tous les mois [4us57]. Et elle avait vraiment une fibrillation auriculaire identifiée donc elle est sous Eliquis je crois. Donc oui c'est un vrai frein le problème des TP, INR [4us58] sachant qu'il y a des personnes qui ont du mal à être piqué [4us59], il y en a qui sont réticentes [4us60], il y en a qui font des INR toutes les semaines puis tous les mois, voilà. Après on passe parfois à tous les deux mois et j'en ai un là, certains c'est tous les trois mois. C'est un peu chaud... Donc oui je suis favorable aux NACO [4us61]. D'abord et surtout pour trouver, ou diminuer voir arrêter les contrôles sanguins [4us62].

- *Vous avez à peu près combien de patients qui sont sous les nouveaux anticoagulants oraux ?*
- Alors sous NACO actuellement, j'ai regardé ça dans ma voiture, j'en ai quatre.

- *Sur une patientèle de combien de personne à peu près ?*

- Sur tous mes patients ? Alors j'ai une patientèle de 1100 patients à peu près. Vous savez on le sait avec le truc de la sécu là. Donc moi j'ai 1000 patients sécu normale au-dessus de 16 ans. Plus à peu près 50 % de non sécu, plus vous rajoutez les moins de 16 ans. On est à 1100 peut-être 1200. J'ai une patientèle entre 1000 et 1200 patients.

- *D'accord. Et est-ce que dans les quatre cas c'est des introductions qui ont été faites soit en milieu hospitalier soit par le cardiologue ?*

- 100 % ce n'est jamais moi qui les ai introduits [4us63].

- *Et vous pourriez le faire ?*

- Oui ! Oui comme toujours oui ! Oui parce que en fait... [4us64] Comment vous dire, c'est un mélange à la fois de prudence [4us65] mais à la fois j'aime bien l'audace [4us66]. C'est à dire c'est quelque chose qui se contre balance. C'est à dire que je suis critique vis à vis de tout. Mais critique dans ma vie professionnelle comme dans ma vie personnelle. Mais je pense que pour progresser en médecine il faut être audacieux. L'audace entre guillemets bien sûr. Mais pour le moment oui je suis franc avec vous, je n'ai jamais prescrit de NACO à un patient comme ça au cours d'une consultation [4us67]. A chaque fois je n'ai fait que renouveler soit une prescription initialement hospitalière soit une

prescription de spécialiste : cardiologue [4us68]. Neurologue je ne crois pas, parce que en fait je pense à un patient ce n'est pas le neurologue qui l'a prescrit mais c'est le cardiologue [4us69]. Je n'ai pas fait de prescription de NACO de moi-même. Parce-que votre question c'est est-ce que je pourrais le faire ? Oui ! [4us70]

- *Qu'est-ce qui vous manque pour le faire maintenant par exemple ?*

- Alors (rires), un peu d'expérience [4us71], c'est à dire que je voudrais avoir plus de patients sous NACO pour voir un peu comment ça se passe [4us72]. Et puis voir plus de spécialistes en prescrire [4us73]. Et puis peut-être là ça va pas dans ce sens, mais vous savez il y a eu une recommandation récemment de la Haute Autorité de Santé je crois. Il y a quelques semaines ou quelques mois au niveau du service médical rendu, je ne sais pas si vous avez pu lire ça. Qui a un peu remis les pendules à l'heure. Parce qu'il y en a un, qui est un peu moins... Oh je sais plus, il faudrait que je retrouve ce papier. Et puis j'ai un patient tout jeune, qui fait un épisode de fibrillation auriculaire, et le cardiologue l'a mis sous... Ça doit être Eliquis [4us74]. Donc en tout cas-là, beh oui je pourrais le faire, oui ! [4us75] Alors il faut quand même signaler une chose c'est que le diagnostic de fibrillation auriculaire c'est un diagnostic que l'on peut faire cliniquement, donc oui je pourrais les introduire. [4us76] Un patient qui vous dit ressentir quelque chose, voir ne rien ressentir et à l'auscultation là, vous vous dites : « Oula ça sent la fibrillation auriculaire, qui peut être très bien tolérée ». Parce que moi j'ai souvent des seuils de tolérance qui sont bons. Je n'ai pas d'ECG moi au cabinet. C'est une question qui revient souvent, les internes qui me demandent, est-ce qu'il faut avoir un ECG au cabinet ? Beh oui, et non ! Oui c'est mieux parce que entre autre pour diagnostiquer une fibrillation auriculaire. Moi en même temps, je pourrais les introduire oui ! Oui parce que je trouve que j'ai des amis cardiologues assez accessibles et pour tous les troubles du rythmes, de la conduction, j'arrive facilement à les envoyer vraiment de manière rapide, j'ai un réseau maintenant [4us77]. Parce que je suis en ville, je suis à Saint-Nazaire [4us78] et j'ai même SOS médecin [4us79]. La dernière fois j'ai eu une petite mamie. J'ai appelé SOS, ils sont venus, fait un ECG. Vous voyez on se débrouille. Vous allez me dire c'est mieux quand même de faire soi-même l'électro. Ouais, mais quand on est médecin généraliste on peut tout faire : de la pédiatrie, de la gynéco, de la petite chirurgie, des panaris... En même temps voilà je travaille déjà beaucoup. Il faut connaître ses limites et se fixer des limites. Maintenant c'est vrai qu'on aime bien faire pleins de choses.

- *D'accord. Si vous personnellement vous aviez une indication à une anti coagulation, pour n'importe, qu'est-ce que vous préféreriez comme traitement? Quel choix vous feriez ?*

- Supposons que je vois un patient qui est en fibrillation auriculaire?

- *Non si vous aviez une FA, est ce que vous feriez plutôt ce choix pour vous-même ?*

- Ah beh un NACO ! Ah oui un NACO parce que je me renseignerai personnellement et je verrais tout de suite.

- *Pourquoi ?*

- Parce que (rires), c'est un médicament qui a une certaine sécurité [4us80]. Mais la sécurité clinique elle est parce que je suis médecin et que je peux moi-même me surveiller entre guillemets. Bien oui je serais sous NACO, parce que je pense que ma fonction rénale, oui en plus je l'ai vérifié il y a un an, elle est bonne [4us81]. Je n'ai pas de comorbidités [4us82]. En fait je ne connais même pas les contre-indications... Non je ne crois pas que j'ai de contre-indications.

- *Et est-ce que c'est parce que ça vous éviterait de faire des prises de sang régulières ?*
 - Ah ben bien sûr, c'est une facilité d'emploi [4us83]. Ah non je me mettrais sous NACO, après je demanderai à mes amis cardiologues ou neurologues lequel choisir entre les Eliquis, Xarelto et [4us84]...c'est lequel le troisième que vous m'avez dit déjà ?

- *Le Pradaxa.*
 - Le Pradaxa ! Qui a été mis au départ, je ne sais pas si vous vous souvenez dans la chirurgie orthopédique, qui était mis en prévention. Et là aussi j'ai eu un cas sous Pradaxa où ça s'est mal passé sous Pradaxa.

- *Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?*
 - Un hématome ! Un énorme hématome [4us85]. Alors je ne sais plus très bien c'est vieux, c'était au tout début du Pradaxa. C'est en chirurgie orthopédique à l'hôpital de Saint-Nazaire, il a été mis sous Pradaxa. Et je ne sais plus ce qu'il y a eu, il m'a appelé il avait un hématome énorme. Je sais plus très bien... C'est un peu vieux mais là aussi ça m'a marqué

- *Donc en fait vous avez quand même eu deux cas où ça ne s'est pas très bien passé ?*
 - D'hématomes ! Jamais eu de cas graves, ça reste des hématomes [4us86].

- *Oui il y a eu sûrement autant avec les AVK finalement ?*
 - Exactement, tout à fait.

- *Est-ce que vous pensez que les NACO sont un progrès ?*
 - Oui ! [4us87]

- *Pour quelles raisons ?*
 - Pour sa facilité d'emploi [4us88], la disparition des contrôles [4us89]. Enfin ce qui dit facilité d'emploi dit prescriptions plus aisées [4us90] et à long terme peut-être on pourra affiner une population où s'est vraiment recommandé [4us91]. Euh donc peut-être des nouveaux NACO qui vont sortir avec une sécurité encore meilleure [4us92], mais c'est un progrès, parce que je le vis vraiment comme un progrès. La fibrillation auriculaire est une pathologie qui est quand même fréquente et c'est vrai que pour moi, jusqu'à présent la seule réponse qui était vraiment efficace c'étaient les AVK [4us93]. Un vrai progrès.

- *Qu'est-ce que vous pensez du coût global des NACO ? Est-ce que vous aviez réfléchi à ça ? Qu'est-ce que vous en pensez ?*
 - Je pense que tout médecin est plus ou moins sensible au coût d'un traitement, parce que on est des citoyens aussi et on pense à l'assurance maladie. Mais je pense que c'est juste un petit peu plus cher et que au bout du compte il y a plus de facilité d'emploi [4us94], moins de prises de sang, [4us95] leur coût n'est pas un frein ! [4us96] Enfin jusqu'à une certaine mesure ! Puisque en même temps ce n'est pas inefficace [4us97]. Nous, ce que les médecins généralistes ont beaucoup de mal c'est quand les médicaments ont vraiment peu de service médical rendu avec parfois des coûts élevés, et ce n'est pas leur cas. [4us98] Je pense toujours aux anti-cholinestérasiques des Alzheimers qui coûtent assez chers. Ou certaines chimiothérapies que l'ont fait chez des gens que l'on pense en fin de vie et on est étonné de voir des chimiothérapies chez des gens qui vont mourir dans un délai extrêmement court où là il n'y a pas le courage de

l'équipe de dire : « bon allez on arrête tout ! ». Parce-que ça c'est vrai que moi si un jour je suis gravement malade je pense que ce sont des choses à dire compliquées, mais c'est des choses qu'on apprend. Là je suis plus choqué par ça ! Parce que ce sont des chimiothérapies à 1000€, 2000€, 5000€ pour gagner quatre jours ou cinq jours. Il vaut mieux faire du vrai travail de médecin avec préparation, de l'accompagnement. Moi je suis assez sensible aux soins palliatifs, c'est quelque chose qui m'intéresse. Mais non non pour les NACO leur coût n'a pas été pour le moment, un frein. Si vous voulez je suis plus critique vis à vis quelque fois des techniques des laboratoires pharmaceutiques dans leur côté la promotion du médicament. Qu'il soit cher ou pas cher. C'est qu'un moment il y a un côté trop c'est trop. Ils font de l'information, ils font notamment des réunions etc. Mais un moment, et avec les NACO on sent qu'il y a quand même une volonté... Alors peut-être parce qu'ils ne sont pas assez prescrits et qu'ils considèrent qu'il y a probablement beaucoup de patients qui devraient en bénéficier et qui n'en bénéficient pas [4us99]. Mais on sent quand même qu'il y a vraiment une vraie volonté à pousser les généralistes à en prescrire plus [4us100]. Ce qui me gêne un peu.

- Est-ce que en vous remémorant le cas que vous m'avez présenté, est ce que vous avez d'autres chose à dire ? Qui vous viennent ? Sur votre ressenti ?

- Ben quand on reprend le temps à posteriori, on aurait pu la laisser sous Xarelto. J'étais pris un peu dans un côté émotionnel, un petit peu d'urgence ce qui est toujours difficile à gérer quand on est médecin. Faut savoir, enfin vous vous êtes jeune médecin. Un des gros problèmes de la médecine c'est qu'on est toujours pas loin de l'émotionnel, de l'irrationnel et ça c'est quelque chose qui est très difficile à gérer quand on est médecin. Parce que vous n'arrivez pas à calmer le jeu. Pourtant Dieu sait que je travaille dans mon activité à calmer le jeu, pour éviter toutes les urgences qui n'en sont pas, pour prendre les bonnes décisions à froid avec du recul. Alors que souvent tout se prête au contraire. Les médias, la société, les soignants, etc... On voit souvent des soignants dirent des choses à des patients complètement hallucinantes, comme si c'était un médecin du travail... Alors qu'en fait il a ça depuis quinze ans et subitement le médecin du travail va dire « Olala ». Le médecin du travail si il était intelligent il m'enverrait un petit courrier « J'ai revu votre patient, ça serait bien que vous revoyez ça ... et ça c'est ce côté urgence qui a un impact très négatif sur la prise de décision en générale, sur la prise de décision. Et le Xarelto j'étais un peu angoissé [4us101] parce que la patiente « Oh non j'en veux pas de cette saloperie », les infirmières n'étaient plus des alliées [4us102], l'hématome venait compliquer les choses [4us103]. Donc là j'étais coincé ! Mais peut-être qu'en fait on aurait peut-être pu laisser le Xarelto. Mais c'est un problème parce que dans le soin en général c'est comment le rôle du médecin par moment, la voix du médecin a du mal à se faire entendre. Je veux dire à la fois par internet chez les plus jeunes, par les médias en général et les radios qui vont diaboliser un médicament [4us104], par éventuellement des membres de la famille, des amis ou des voisins. C'est à dire que ce qui est compliqué, j'en parle beaucoup avec mes internes, on est des gens compétents pour la plupart, on a fait neuf ou dix ans d'études. Et malgré tout notre voix, ça peut paraître fou mais notre voix a du mal à se faire entendre. Et le Xarelto, les NACO malheureusement, et bien les médias, un peu comme les statines ont eu un effet. Les statines si vous voulez, on peut les comparer aux Xarelto. Les statines elles sauvent des vies depuis, enfin vraiment de manière importante. Mais l'industrie pharmaceutique en a parlé un peu trop et ça s'est retourné contre elle. Ce qui fait qu'il y a pleins de gens qui devraient bénéficier de statines en prévention primaire ou secondaire. Le pire c'est en prévention secondaire. On peut faire le parallélisme avec les statines. Ce sont des médicaments efficaces [4us105], bon les statines il y a quand même moins de risques.

Les NACO il y a plus de risque avec le risque hémorragique [4us106]. Mais ce que je devrais dire sur ce cas là... C'est vrai que certains anesthésistes aussi ont des effets, ont des propos assez néfastes sur ces molécules [4us107]. En disant écoutez votre médecin est bien gentil de vous avoir donné un NACO mais moi si j'ai un problème je n'ai pas d'antidote [4us108]. Pour aller plus loin dans votre question par rapport à ce cas-là, qu'est-ce que j'aurais à dire de plus ? Non et bien j'ai arrêté le Xarelto mais pas vraiment de mon propre chef. C'est un sujet que parfois j'aborde. J'ai fait la dernière fois une réunion avec les maîtres de stage on était un petit groupe. On voyait bien qu'en fait il y a deux types de maîtres de stage, deux types de médecins : il y en a un qui a déclaré notamment il faut toujours garder la main. Et moi j'ai plutôt tendance pour garder la main quelque fois je perds la main. Je lâche du lest pour mieux près reprendre le dessus sur mon patient. Et ça c'est une technique de communication. Est-ce que c'est la bonne ? Je ne sais pas. Là j'ai dit on arrête le Xarelto, pour calmer le jeu, on calme le jeu. J'aurais peut-être dû dire : « Ecoutez c'est quand même moi le Docteur, c'est moi qui décide ». Et est-ce que ce discours-là aurait pu passer ? Ça je ne sais pas. En fait l'autorité c'est un vrai débat dans notre activité. A l'hôpital peut-être un peu moins, en ville c'est plus compliqué. Il y a pleins de choses qui jouent. Avec les internes souvent je leur dit ça. Avec M. je crois que j'avais insisté sur comment l'hôpital et la ville c'est quand même deux choses totalement différentes. C'est à la fois un atout si vous voulez. A la ville on a parfois cette proximité mais par moment je me demande si c'est vraiment une bonne chose. Non mais le but c'est quand même de bien soigner les gens, qu'ils adhèrent à leur traitement ou pas. Mais donc c'est vrai, nous on arrive par des techniques toute sorte qu'on arrive à leur faire adhérer à leur traitement... Mais il y a des fois on est mis en doute, on a du mal à faire entendre notre voix et on se dit : « C'est quand même moi le médecin ! ». C'est un peu compliqué ! Oui après les patients après tout ils sont libres. La dernière fois j'ai vu une cardiologue de ville et elle me disait je dis aux gens, une fois deux fois, trois fois, je marque sur le courrier et après ils font leur AVC parce que ils ont 18 de tension, ils font leur infarctus, ils ne prennent pas leur traitement voilà. Et je pense que là elle a raison. Mais quand on voit à des réunions, des séminaires qui disent oui mais si le patient il ne veut pas c'est à nous de... Enfin à un moment faut quand même, je crois qu'il faut dire non non ! On peut passer 3h avec chaque patient pour lui dire. On n'a pas le temps. Par contre essayer de comprendre pourquoi le patient n'est pas d'accord, n'est pas observant ça vaut le coup de la faire un petit peu. Et là aussi il y a un moment... Le tabac peut-être un excellent exemple, on sait que ce n'est pas bon pour la santé mais chaque jour des gens mettent 5, 6€ dans un paquet de cigarette.

- *Je repense aux patients que vous avez qui sont sous NACO, comment adhèrent-ils à leur traitement ?*

- Alors je vais les reprendre de mémoire... Ma petite dame là impeccable ! J'ai une petite dame qui est sous FA, 84 ans à la louche, Eliquis, ça se passe très bien. Donc elle adhère. Monsieur O, pareil FA paroxystique, un dossier très compliqué il est suivi par deux cardiologues, lui ça se passe très bien aussi. Lui il est sous...je sais plus si c'est Eliquis ou Xarelto. Bref ça se passe très bien. Euh l'autre non ça se passe bien. En gros ça se passe bien [4us109].

- *Et je pensais à votre associé qui travaille avec vous, lui qu'est-ce qu'il en pense ?*

- Mon associé ? (rire) alors lui il en pense plutôt du mal. Alors lui c'est un particulier, il est plus âgé que moi, il a cinq ans de plus que moi. Il est lecteur émérites de *Prescrire*. Il fait beaucoup de gériatrie. Il est médecin coordinateur, il a un DU ou une capacité enfin je sais plus. Et lui il est plutôt contre.

- *Et ça vous influence dans... ?*

- Je pense que oui ! Oui un petit peu [4us110]. Vous savez qu'il y a des études sur comment les médecins sont influencés dans leur prescriptions. C'est vachement intéressant ça. C'est hyper intéressant. C'est comment on est influencé de manière consciente et de manière inconsciente. Et si vous voulez une des choses qui m'influence beaucoup c'est aussi toute notre vie privée, notre vie personnelle, ce qu'on a vécu. Je ne sais pas par exemple vous avez un cas d'infection urinaire chez un enfant, parce que moi je pense à mon associé : il est passé à côté, il a été traumatisé et depuis il fait des BU. Donc est ce que ça m'influence qu'il soit contre les NACO, je pense que oui un petit peu. Je suis honnête. Mais en même temps je suis assez critique. J'essaye toujours de prendre de la distance, j'essaye toujours de me remettre en question dans ma vie privée comme dans ma vie personnelle en me disant « Attends stop pourquoi tu fais ça, pourquoi tu dis ça ? ». C'est pour ça que je suis devenu maître de stage aussi parce que je trouve que le regard d'un interne c'est vraiment intéressant, j'aime bien. Ah oui parce que je crois qu'il faut toujours se remettre en question parce qu'on est dans une routine on a de l'influence et on ne se rend pas compte. J'ai été mardi soir à une réunion de maître de stage et on a parlé un petit peu de ça. Et le DMG disait que quand le DMG disait : là il y a un problème il y a deux réactions : ceux qui ne veulent pas se remettre en question et qui claquent la porte et qui démissionnent. Et d'autres qui disent « Ah oui je ne voyais pas les choses comme ça, je ferais attention ». Et moi je suis plutôt comme ça quand il y a un problème si il y a une erreur ou si il y a un problème j'essaye toujours de me dire pourquoi. Et aujourd'hui le fait de vous recevoir, je vais essayer de me remettre un peu en question et essayer de comprendre pourquoi j'ai cette réticence.

Unités de sens E4

N_{us} = 110

4us1 : introduits au cours d'une hospitalisation pour un AVC ischémique secondaire à une FA

4us2 : introduits par le neurologue : introduit parce que INR non équilibrés

4us4 : introduits parce que problème d'observance

4us5 : introduits sans l'avis du médecin généraliste

4us6 : prescrits lors du renouvellement du Xarelto

4us7 : étonné de la prescription du Xarelto

4us8 : médicaments peu utilisés chez les personnes âgées au-delà de 80 ans

4us9 : médicaments récents

4us10 : utilisation avec prudence chez les personnes âgées

4us11 : risque de iatrogénie chez les personnes âgées

4us12 : pas de risque chez les personnes d'âge inférieur à 70 ans

4us13 : risques au-delà de 80 ans

4us14 : risques chez les personnes vivant seules

4us15 : risques chez les personnes ayant des troubles cognitifs

4us16 : clairance rénale ne doit pas être inférieur à 40mmol/l

4us17 : pas contre leur prescription

4us18 : indiqués quand difficultés sous AVK

4us19 : ouvert aux nouveaux thérapeutiques

4us20 : médicaments jugés dangereux par les infirmières

4us21 : critique du médicament par les médias

4us22 : informations négatives délivrées par les médias

4us23 : crainte des infirmières qui influencent les patients

4us24 : médicaments pensés dangereux par les infirmières

4us25 : risque d'hématome cutané

4us26 : indiqués selon le contexte

4us27 : patient influencé par les avis négatifs du personnel soignant

4us28 : casse rapport de confiance avec les patients

4us29 : risque d'apparition d'hématome

4us30 : évitent la difficulté du refus des prises de sang

4us31 : permettent de laisser les patients plus tranquilles

4us32 : réticence de l'ensemble des médecins généralistes

4us33 : largement prescrits par les neurologues et les cardiologues

4us34 : influence positive par les spécialistes

4us35 : critique de la promotion des nouveaux médicaments par l'industrie pharmaceutique

4us36 : voie très intéressante

4us37 : méfiant

4us38 : réticent vis à vis de la promotion des nouveaux médicaments

4us39 : besoin encore d'un peu de temps

4us40 : informations négatives délivrées par *Prescrire*

4us41 : nécessité d'être prudent

4us42 : suspect de l'enthousiasme des spécialistes

4us43 : intéressants quand prescrit à bon escient

4us44 : évitent tous les problèmes des AVK

4us45 : évitent les bilans sanguins

4us46 : évitent la iatrogénie

4us47 : évitent de nombreux risques de iatrogénie
4us48 : pas très favorable aux AOD, parce que ça se passe bien sous AVK.
4us49 : nous demandent moins de travail
4us50 : évitent le contrôle des INR sur les boîtes mail tous les soirs
4us51 : plus facile
4us52 : globalement favorable à l'introduction des NACOS
4us53 : besoin de plus de sécurité
4us54 : pas d'antidote
4us55 : durée de vie plus longue
4us56 : introduction d'Eliquis par le cardiologue
4us57 : évitent les prises de sang répétées
4us58 : évitent le frein de l'INR
4us59 : évitent le problème des personnes difficilement piquables
4us60 : évitent la réticence des patients aux prises de sang
4us61 : favorable aux AOD
4us62 : permettent de diminuer les contrôles sanguins
4us63 : jamais d'introduction des AOD
4us64 : introduction possible par le médecin généraliste
4us65 : nécessité d'être prudent
4us66 : introduction audacieuse
4us67 : jamais d'introduction lors d'une consultation
4us68 : prescrits uniquement au cours d'un renouvellement
4us69 : introduction par un médecin spécialiste : le cardiologue
4us70 : introduction possible par le médecin généraliste
4us71 : manque d'expérience
4us72 : besoin d'avoir plus de patients sous NACOS pour se faire une idée
4us73 : besoin de voir plus de spécialiste pour pouvoir en prescrire
4us74 : introduction par le cardiologue
4us75 : introduction possible par le médecin généraliste
4us76 : diagnostic clinique de fibrillation auriculaire possible au cabinet
4us77 : introduction possible car réseau de cardiologue accessible
4us78 : introduction possible en zone urbaine
4us79 : introduction possible avec accessibilité de SOS médecin
4us80 : médicaments avec une sécurité
4us81 : nécessité d'une bonne fonction rénale
4us82 : nécessité de l'absence de comorbidités
4us83 : facilité d'emploi
4us84 : besoin d'un avis spécialisé
4us85 : risque d'hématome cutané
4us86 : jamais eu de complications graves
4us87 : NACOS sont un progrès
4us88 : plus faciles d'emploi
4us89 : permettent la disparition des contrôles sanguins
4us90 : prescriptions plus aisées
4us91 : besoin d'affiner une population où c'est vraiment recommandé
4us92 : besoin d'une meilleure sécurité
4us93 : les AVK ne sont plus la seule réponse
4us94 : plus de facilité d'emploi
4us95 : évitent les prises de sang
4us96 : le coût n'est pas un frein à leurs utilisations

4us97 : médicament qui n'est pas inefficace
4us98 : leur coût n'est pas un frein car ils ont un SMR
4us99 : pas assez prescrits
4us100 : volonté des laboratoires pharmaceutique à pousser à en prescrire plus
4us101 : angoisse liée à l'utilisation du Xarelto
4us102 : mauvais ressenti des infirmières
4us103 : risque d'hématome cutané
4us104 : mauvaise presse des médias
4us105 : médicaments efficaces
4us106 : NACOS ont un risque hémorragique
4us107 : anesthésistes ont des propos néfastes
4us108 : absence d'antidote
4us109 : adhésion des patients à leur traitement
4us110 : prescription influencée par mon associé

Catégories E4

Catégories totales = 65 (N52 + NC13)

Dont catégories concordantes totales = 40

NB : les catégories concordantes avec le maître de stage sont repérées en gras

- 1 - Deuxième intention : 4us3, 4us4, 4us18**
- 2 - Deuxième prescripteur : 4us1, 4us2, 4us6, 4us7, 4us33, 4us56, 4us68, 4us69, 4us74**
- 3 - Intégrités des reins : 4us81**
- 4 - Questions sans réponses
- 5 - Souhait d'être le premier prescripteur
- 6 - Méfiance : 4us37, 4us41, 4us42, 4us32, 4us65**
- 7 - Manque de recul : 4us9, 4us39**
- 8 - Surveillance non sécurisante
- 9 - Surdosage dangereux
- 10 - Patient type/ contexte type: 4us12, 4us14, 4us15, 4us26, 4us43, 4us82, 4us91**
- 11 - Efficient: 4us97, 4us105**
- 12 - Suivi simplifié :**
4us31,4us45,4us49,4us50,4us57,4us58,4us59,4us60,4us62,4us89,4us95
- 13 - Prescription simplifiée : 4us90**
- 14 - Indications questionnées : 4us7**
- 15 - Inconnu des patients
- 16 - Pas d'expérience négative
- 17 - Simplicité : 4us51, 4us83, 4us88, 4us94**
- 18 - Possibilité d'être le premier prescripteur: 4us64, 4us65, 4us70, 4us75, 4us76, 4us77, 4us78, 4us79**
- 19 - Pas efficient
- 20 - Garantie de sécurité : 4us46, 4us47, 4us80, 4us86**
- 21 - Progrès : 4us36, 4us87**
- 22 - Manques d'informations/ Manques de connaissances
- 23 - Coûteux
- 24 - Interrogation sur l'efficience
- 25 - Toxicité rénale : 4us16**
- 26 - Manque de formation
- 27 - Précaution d'emploi
- 28 - Utilisation simplifiée pour les spécialistes
- 29 - Prescription subie : 4us5**
- 30 - Manque d'adhésion du patient
- 31 - Nouvelle alternative: 4us19, 4us93**
- 32 - Effets secondaires: 4us25, 4us29, 4us85, 4us103**
- 33 - Absence d'antidote : 4us54, 4us108**
- 34 - Littérature non convaincante : 4us40**
- 35 - Sentiment d'inconfort : 4us53**
- 36 - Pas d'amélioration du service médical rendu : 4us48**
- 37 - Remis en cause par les spécialistes : 4us107**
- 38 - Risque hémorragique : 4us106**
- 39 - Questionnement des patients
- 40 - Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription

41 - Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue) : 4us73, 4us84

42 - Avantageux par rapport aux AVK : 4us44

43 - Sérénité

44 - Identique aux AVK

45 - Pas le souhait d'être premier prescripteur

46 - Moins coûteux

47 - Sentiment de confort

48 - Satisfaction des patients : 4us30, 4us109

49 - Bonne observance des patients

50 - Manque d'expérience: 4us63, 4us66, 4us67, 4us71, 4us72

51 - Toxicité hépatique

52 - Interrogation sur le coût réel

53 - Réticence chez les personnes âgées : 4us8, 4us10, 4us11, 4us13

54 - Favorable à leur utilisation : 4us17, 4us52, 4us61,

55 - A priori négatif du personnel soignant : 4us20, 4us23, 4us24, 4us27, 4us102

56 - Médias non convaincants : 4us21, 4us22, 4us104

57 - Altère la relation médecin/patient : 4us28

58 - Influence positive des spécialistes : 4us34

59 - Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique : 4us35, 4us38, 4us100

60 -Élimination plus longue: 4us55

61 - Doute sur sécurité : 4us92

62 - Rapport coût/efficacité positif : 4us96, 4us98

63 - Insuffisamment prescrit : 4us99

64 -Sentiment d'angoisse : 4us101

65 - Influence positive des confrères médecins généralistes : 4us110

+ 13 nouvelles
Catégories
12CC / 13 NC

Entretien 5

Présentation du médecin

Homme, 68 ans

Spécialité : Médecine générale

En exercice depuis 1973, remplaçant de son ex-patientèle et de sa successeuse et médecin effecteur au CAPS (Centre d'Accueil et Permanence de Soins), sans encadrement d'internes

Population soignée : variée de type urbain

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Est ce que vous pouvez me parler de la situation à laquelle vous pensiez sur les nouveaux anticoagulants oraux ? Parlez-moi du patient, pour quelle indication ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?*

- Alors je les ai tous utilisés [5us1] mais celui qu'on utilise le plus me semble-t-il c'est le Xarelto, le Rivaroxaban [5us2].

- *C'était chez quel type de patient ? Pourquoi c'était indiqué ?*

- Dans les phlébites dans les thrombophlébites [5us3]. Puis ça a été utilisé maintenant dans la fibrillation atriale [5us4].

- *Et vous pensiez à un patient en particulier ?*

- Oui vous m'aviez demandé une situation qui m'a marqué. J'en parle là ? Il avait une fibrillation atriale, c'est un monsieur que je connaissais bien, il avait... 80 ans, en bon état général malgré un néo du colon guérit, surveillé, colo régulière et tout. Et puis il a fait une fibrillation atriale. Je ne sais pas pourquoi c'est comme ça, il a 80 ans à peu près. Et je sais qu'il a été mis sous Xarelto.

- *Il a été mis par un cardiologue ?*

- Oui ! [5us5] Il avait une ablation de kyste sébacé, dorsal et ça saigne [5us6]. Donc le chirurgien a dit « Et bien vous allez tamponner et faire venir l'infirmière. ». Et puis un soir l'infirmière m'a appelé, en me disant « moi j'arrive plus à arrêter le saignement, alors est ce que vous pouvez passer ? » Alors moi je suis passé il devait être 10h du soir, je finissais mon travail tard, c'était l'hiver. Et j'y suis allé et effectivement il y avait des compresses trempées de sang, l'infirmière avait beau tamponner, elle ne stoppait pas le saignement [5us7]. C'était impressionnant, ça saignait beaucoup [5us8]. Mais le malade, se sentait bien, il n'y avait pas de collapsus, il n'y avait pas de problèmes [5us9]. Et puis finalement il n'y a pas de – enfin il paraît qu'il va y en avoir – mais pour l'instant on n'a pas d'antidote [5us10]. Alors je lui fais un bilan le lendemain, j'ai dosé ses plaquettes quand même, l'activité anti-Xa je ne l'ai pas demandé. Mais j'ai réduit un petit peu la dose... Alors je sais plus les doses précises [5us11], mais j'ai réduit un petit peu à la louche comme ça [5us12]. Je ne connais pas très bien les doses, il faudrait que je regarde [5us13]. Et je suis repassé le lendemain, je l'ai suivi hein [5us14] ! Puis j'ai demandé à l'infirmière de passer et de prendre sa tension régulièrement [5us15]. Et puis par

compression on a réussi à stopper le saignement [5us16]. Oh il a saigné huit jours hein, facile oui [5us17]. Mais c'était impressionnant [5us18]. C'est le seul gars que j'ai eu avec le Rivaroxaban. Alors le Dabigatran, le Pradaxa, je l'ai peu utilisé [5us19], et l'Eliquis est beaucoup plus prescrit maintenant par les cardios [5us20]. L'année dernière, la première année j'ai remplacé six mois ici, parce qu'elle a eu un problème de santé, la petite chatte... Et puis cette année je me suis dit... Là je suis à ma troisième semaine depuis le début de l'année. Alors évidemment je perds un peu le fil mais je lis les courriers de mes anciens patients, j'ai gardé une patientèle importante j'avais une activité importante. Et je lis les courriers qu'elle a tous scannés. Et je me rends compte que les cardiologues ont tendance à prescrire plus l'Eliquis [5us21].

- *Ah oui vous avez cette impression ?*

- Oui ! Et je vais vous dire un truc hein, j'ai été surpris parce que j'ai un de mes malades qui a vu, un malade que j'ai vu il y a 48 heures. Un monsieur qui a mon âge, qui est retraité, ancien chef d'entreprise. Alors lui il a fait une fibrillation atriale et le docteur D (NDR : le médecin qu'il remplace) l'a envoyé au cardiologue du quartier, très très bien ! Il l'a mis sous Xarelto [5us22]. Et puis il a comme copain un médecin généraliste – un médecin de ma promo d'ailleurs et prend sa retraite là aussi d'ailleurs – et qui lui a dit « Oh moi je serai toi, j'irai voir un autre cardiologue, on ne sait jamais ! ». Enfin c'est une fibrillation atriale sans valvulopathie ! Bon bref. Alors bon il est allé voir un autre cardiologue aux NCN (Nouvelles Cliniques Nantaises). Et l'autre cardiologue lui a dit « Ah non non ! Moi je vais vous changer le Xarelto et je vais vous donner l'Eliquis » [5us23]. Voilà ! Et puis alors, il lui a dit « Je vais vous proposer une sismothérapie », lui faire un choc pour réduire la fibrillation. Donc il l'a présenté au docteur B., un des rythmologues des NCN je ne sais pas si vous le connaissez ? Un peu de nom ? Alors lui a fait un courrier que j'ai vu, et le malade était là. Et je lui ai dit « Beh oui le docteur B. il a l'air d'accord avec l'autre cardiologue de là-bas » et lui a dit « il faut garder l'Eliquis plutôt que le Xarelto ». Alors je ne sais pas pourquoi, ils ne se sont pas justifiés. Je vous le dis parce que c'est assez marrant. Mais alors, la médecine pour moi maintenant c'est un plaisir, rien que pour ces petits trucs là. Je ne sais pas pourquoi c'est marrant. Alors je bouquine la revue du Prat, et je n'ai pas eu le temps de regarder sur les NACO mais je regarderai, j'essayerai de comprendre. Il me semble que c'est plus les cardiologues qui les prescrivent [5us24], alors je ne sais pas si c'est le même profil à l'hôpital. J'ai l'impression que les angiologues vont mettre sous Xarelto et puis les cardiologues ils ont l'air de quitter le Xarelto pour aller sur l'Eliquis [5us25]. Alors évidemment eux ils en manient très souvent. Nous on en voit des fibrillations atriales mais eux ils voient que ça, surtout les rythmologues [5us26]. Alors ils ont des raisons. Enfin voilà moi je vous dis les choses brut de décoffrage.

- *Et quand vous renouvelez ? Les occasions où vous avez eu un renouvellement d'un de ces NACO, quel ressenti vous avez eu ? Est-ce que ça vous pose problème ?*

- Ah non non non, pas du tout ! [5us27] Moi j'examine mes patients. Moi j'ai toujours écouté mes patients, les examinés. Moi si il y a des situations à risque hémorragiques, des avulsions dentaires, des petits trucs comme ça... Mais honnêtement ça se passe très bien [5us28]. Je ne sais pas quelle est votre vue là-dessus ?

- *Moi c'est très neutre, après quand j'interroge les médecins généralistes j'ai l'impression qu'ils sont plutôt craintifs au final.*

- Non moi non je fais confiance [5us29]. On nous les a présentés dès le début ces NACO. J'ai entendu pas mal de topo là-dessus au centre Bichat parce que j'y vais régulièrement et c'est plutôt rassurant [5us30]. Dans les topos nantais, dans les FMC (Formation Médicales Continues), les formations médicales. Non, dès lors qu'on sait à peu près où aller, on a accès à l'information [5us31]. Par contre il serait pas mal d'avoir un antidote un de ces jours [5us32] mais il me semble d'avoir lu quelque chose là-dessus ?

- *Oui ça va arriver. Et si vous même vous aviez une indication médicale à une anticoagulation, est ce que vous préféreriez être sous AVK ou non ?*

- Ah non non ! Je ferais confiance à mon collègue moi, à mon copain qui me verra. Et puis on discutera sans doute. Je suis assez confiant [5us33]. Moi les médicaments... Pour moi un médicament c'est quelque chose qui doit être efficace d'abord [5us34]. Et puis il faut faire attention aux effets secondaires [5us35]. Tous les médicaments qui ne servent à rien qui sont du pipeau, ça ne m'intéresse pas du tout. Mais par contre dès lors qu'un médicament est sérieux [5us36], pour lequel j'ai bouquiné, j'ai lu [5us37], que des spécialistes m'ont conseillé [5us38], j'aurais tendance à faire vraiment confiance, voilà. Puis ils ont pas mal d'inconvénients les AVK pour le patient, c'est quand même bien mieux d'être sous les NACO quand on est patient. [5us39]

- *Est-ce que vous trouvez qu'il y a un avantage d'utiliser des AOD par rapport aux AVK ?*

- Alors oui, il y a deux aspects. L'avantage d'abord c'est qu'il n'y a pas, vis à vis des AVK, tous les soirs à téléphoner aux gens [5us40]. Et ce que je vais faire encore tout à l'heure quand vous serez partie, « ah beh vous avez l'INR trop bas, ou vous avez l'INR trop haut ». Et ça franchement ça tue. A la fin franchement, les dernières années c'est usant [5us41]. Là ça s'est pas trop mal passé la dernière semaine parce qu'elle a rajeuni la patientèle, il y en a qui sont morts malheureusement. Les NACO sont plus indiqués chez les jeunes mais l'histoire des INR, vraiment [5us42]... Moi j'en avais des fois, j'avais dix coups de fils à passer [5us43]. Vous savez quand vous finissez à 10h, et puis les dernières années sont plus dures quand même. Et puis vous avez des coups de fils à passer aux gens, puis quelque fois on les branche et ils ont envie de parler un peu. Alors ça c'était un peu une perte de temps [5us44]. Alors j'espère que quand il y aura un antidote, il n'y aura pas de contrôle quand même des NACO [5us45]. Alors l'autre aspect entre parenthèse c'est que je pense à la sécurité sociale. Alors là ce n'est pas personnel, mais je pense à la sécurité sociale et c'est sûr que ça coûte bien plus cher ces produits-là [5us46]. Et bien plus que le couplage AVK-INR et rectification-vérification de l'INR dans les trois à quatre jours qui suivent le changement de posologie [5us47]. Alors je m'inquiète un peu, on a l'impression que de tout temps on nous a dit la sécu est en ruine et maintenant encore en plus en ruine. Le tiers payant généralisé ça va être une catastrophe... Mais je crains qu'un jour ces choses-là changent et qu'on nous oblige à prescrire [5us48] et là on aura plus notre liberté ! [5us49] Voilà ce que je pense en gros des avantages et des inconvénients. Alors c'est un gros avantage sur le plan pratique médical [5us50], il y a un gain de temps [5us51]. On a fait confiance à une certaine sécurisation [5us52], pour moi j'ai pu vérifier que je n'ai pas plus d'accidents ou d'incidents avec les AVK [5us53]. Et de temps en temps sous AVK ça saigne aussi, attention, on avait des INR à 10 ou à 9 ou un truc comme ça [5us54]. Et de temps en temps quand ça pisse le sang ça craignait quand même. Mais là on avait un antidote quand même [5us55], et puis on savait comment faire. On sautait une dose. [5us56]

- *Je reviens juste sur ce que vous venez de dire. Si jamais ça augmentait le trou de la sécurité sociale, ça empêcherait d'avoir plus de liberté dans la prescription ?*

- Et bien à un jour ou l'autre quand il y aura plus de sous, le pouvoir va revenir non pas à la sécurité sociale, mais aux mutuelles. Et que les mutuelles c'est privé ça va contraindre ça c'est sûr. Donc on n'aura peut-être pas une liberté d'expression très importante. [5us57]

- Est-ce que vous pensez que les NACO sont un progrès ? Et pour quelles raisons ?

- Ah beh oui! On peut dire effectivement que c'est un vrai progrès scientifique ! C'est un peu révolutionnaire même ! [5us58] C'est maniable pour le patient [5us59]. Je trouve que c'est bien. Je pense que c'est un plus.

- D'accord, donc vous n'avez jamais eu de complications sous l'un des NACO?

- Non, je n'ai jamais eu de malades avec de grosses complications [5us60], ni de morts d'ailleurs [5us61]. Mais bon c'est que mon expérience à moi [5us62], mais moi je n'ai pas eu de problèmes [5us63].

- Est-ce que vous arriveriez à chiffrer à peu près le ratio entre ceux qui sont sous NACO et ceux qui sont sous AVK ? Le pourcentage à peu près ?

- Là je pense honnêtement, je revois un peu mes échantillonnages et ce que j'ai à doser il y a un peu plus d'AVK.

- Un peu plus ?

- Oui j'utilise quand même plus les AVK [5us64]. C'est difficile de donner un pourcentage. Je dirais qu'il y a plus de la moitié sous AVK, je dirais qu'il y a plus de 60 % sous AVK. [5us65]

- Est-ce que vous vous sentiriez de l'introduire ? Parce-que c'est souvent renouvelé par les médecins mais peu souvent introduits ?

- Alors le plus souvent l'indication elle va être posée par l'angiologue qui va voir une phlébite [5us66]. Nous la suspicion de phlébite, on va lui faire en urgence son injection de Lovenox et on l'envoie tout de suite. Les NACO n'ont pas de place en urgence immédiate il me semble, ce n'est pas leur indication [5us67]. C'est simple, si on a une suspicion il faut le traiter. Si on dit il y a une phlébite, je vous envoie faire un échodoppler, on le traite avec du Lovenox dans un premier temps, le Xarelto vient dans un deuxième temps [5us68]. Et l'angiologue nous rappelle en disant « ça n'en est pas une, on arrête tout ! » ou bien, « ça en est une et on va le mettre sous Xarelto [5us69] ». Ils nous donnent le schéma et à ce moment-là nous on prend le train en route [5us70] et on renouvelle [5us71]. Et puis une fibrillation atriale là du coup c'est un petit peu différent. Moi j'ai tendance à les mettre sous anticoagulants classiques genre Préviscan, ce n'est pas l'indication d'un NACO [5us72] et je les dégage assez vite vers le cardio. Et le cardio va les mettre à ce moment-là sous Xarelto ou AVK classique... Enfin j'ai l'impression que les cardio vont les mettre de plus en plus sous NACO. [5us73]

- Et vous, vous introduisez des AVK ?

- Alors ça dépend. Mais d'emblée je vais mettre plutôt pareil un Lovenox, un truc qui agit assez vite pareil. Les NACO ce n'est pas fait pour l'urgence, tout de suite [5us74]. Si c'est une fibrillation rapide, le malade peut pas consulter avant le lundi moi je l'hospitalise. Et il ressortira avec son ordonnance de Xarelto [5us75]. Prudence quand même. [5us76]

- Et les NACO ne vous font pas peur ? Vous vous sentez à l'aise avec cette prescription ?

- Et bien à force de les pratiquer, on gagne de l'expérience et on se sent à l'aise oui [5us77], non je n'ai pas peur, je pense qu'on peut leur faire confiance et qu'il y a une certaine sécurité [5us78]. Si on me disait « Eh bien tu vas initier » et bien je reverrais un petit peu mes fiches mais je m'y mettrais [5us79]. Il faudrait bien sûr que je relise un peu mes fiches, je les connais quand même pas très bien [5us80]. Mais non non je n'ai pas d'a priori [5us81]. Je suis médecin, c'est mon métier de prescrire. Le *Vidal* il est là. Je dis régulièrement « Moi je suis désolé je ne connais pas bien votre médicament » ou bien « Je vais vous instituer quelque chose que moi je ne connais pas bien » [5us82]. Une erreur, on regarde, c'est fait pour ça. Ce n'est pas décoratif. Donc à partir du moment où on est briefé, on se forme, on est briefé, on peut aussi les utiliser [5us83]. On va remettre le nez dans ses bouquins, ou dans ses fiches ou dans le *Vidal* [5us84]. On ne va pas faire courir de risques aux gens si on s'informe bien et que l'on ne fait pas n'importe quoi [5us85]. L'indication elle est posée, elle est connue [5us86]. On a un médicament, on fait connaissance avec les associations médicamenteuses aussi. Souvent quand il y a un médicament ça ne pose pas de problème mais quelque fois c'est sept ou huit [5us87] avec des poly-pathologies chez des gens âgés [5us88]. On est obligé de faire attention. Et la mémoire est encore bonne, mais on ne peut pas retenir tout, voilà il faut juste être un peu prudent [5us89]. Et de temps en temps on retourne dans les bouquins et c'est normal, il ne faut pas hésiter, on ne peut pas tout savoir. Mais je reconnais ceux-là je les connais pas encore très bien. [5us90]

Unité de sens E5

N_{us} = 90

- 5us1 : utilisation ubiquitaire/utilisation de tous
- 5us2 : utilisation plus fréquente d'une molécule
- 5us3 : indiqués dans les thromboses veineuses
- 5us4 : utilisation dans la fibrillation auriculaire
- 5us5 : introduction par le cardiologue
- 5us6 : risque de saignement
- 5us7 : risque d'hémorragies difficilement contrôlables
- 5us8 : risque de saignement important
- 5us9 : pas de risque de défaillance hémodynamique
- 5us10 : manque un antidote
- 5us11 : manque de connaissance sur les posologies
- 5us12 : possibilité d'adapter les doses
- 5us13 : manque de connaissance sur les posologies
- 5us14 : nécessitent une surveillance
- 5us15 : nécessitent une surveillance par une infirmière
- 5us16 : compression unique, moyen d'arrêter une hémorragie externe
- 5us17 : risque de saignement prolongé
- 5us18 : risque de saignement impressionnant
- 5us19 : utilisation plus fréquente d'une molécule
- 5us20 : affinité des cardiologues pour une molécule (Apixaban)
- 5us21 : plus de prescription d'une molécule par les cardiologues
- 5us22 : introduction par les cardiologues
- 5us23 : affinité des cardiologues pour une molécule (Apixaban)
- 5us24 : plus prescrits par les cardiologues
- 5us25 : affinité des angiologues pour une molécule (Rivaroxaban)
- 5us26 : moins d'indication d'introduction pour une FA en médecine générale
- 5us27 : pas de problèmes lors de l'utilisation
- 5us28 : satisfait de la prescription
- 5us29 : confiance dans ces médicaments
- 5us30 : informations rassurantes sur les AOD (formations médicales, conférences)
- 5us31 : beaucoup d'informations délivrées par le CHU de Nantes et les FMC
- 5us32 : manque un antidote
- 5us33 : confiance en son efficacité
- 5us34 : médicament efficace
- 5us35 : risque d'effets secondaires
- 5us36 : médicament sérieux
- 5us37 : littérature rassurante
- 5us38 : conseillés par les spécialistes
- 5us39 : avantageux par rapport aux AVK
- 5us40 : évitent de contacter les patients pour l'équilibre de l'INR
- 5us41 : moins contraignant pour le médecin (perte de temps)
- 5us42 : indiqués chez les patients plus jeunes
- 5us43 : évitent de rappeler les gens chez eux
- 5us44 : moins de perte de temps de travail
- 5us45 : crainte à terme d'un contrôle sanguin de l'efficacité du traitement

5us46 : coût supérieur aux AVK
5us47 : coût supérieur que le couplage : AVK, INR, rectification
5us48 : risque d'obligation de prescription
5us49 : risque de limiter la liberté de prescription
5us50 : plus pratique
5us51 : gain de temps
5us52 : certaine sécurité
5us53 : pas plus d'accidents ou incidents qu'avec les AVK
5us54 : même risque de saignements qu'avec les AVK
5us55 : absence d'antidote
5us56 : adaptation des doses moins connues
5us57 : risque de limiter la liberté d'expression (de prescription)
5us58 : progrès
5us59 : plus maniable pour le patient
5us60 : pas de risque de complications
5us61 : pas de risque de décès
5us62 : expérience positive
5us63 : pas de problèmes
5us64 : moins prescrits que les AVK
5us65 : représentent un peu moins de la moitié de la prescription des anticoagulants
5us66 : indications posées par l'angiologue
5us67 : pas indiqués en médecine générale en urgence (utilise en urgence une HBPM)
5us68 : dans un second temps
5us69 : introduits par l'angiologue
5us70 : schéma thérapeutique donné par l'angiologue
5us71 : prescrit lors d'un renouvellement
5us72 : pas introduits lors d'une découverte de FA
5us73 : introduction par le cardiologue
5us74 : pas d'utilisation en urgence
5us75 : introduits lors d'une hospitalisation
5us76 : utilisation avec prudence
5us77 : pratique fréquente
5us78 : pas de craintes particulières car sécurité d'emploi
5us79 : introduction possible
5us80 : manque de connaissance sur les modalités de prescriptions
5us81 : pas d'a priori
5us82 : manque de connaissance
5us83 : informations délivrées
5us84 : besoin d'améliorer ses connaissances sur la molécule
5us85 : pas de risques pour les patients
5us86 : indication validée
5us87 : risque d'interactions médicamenteuses
5us88 : risques pour les personnes âgées
5us89 : agir avec prudence
5us90 : besoin d'améliorer ses connaissances

Catégories E5

Catégories totales = 79 (N65 + NC14)

Dont catégories concordantes totales = 36

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

1-Deuxième intention : 5us68, 5us74

2-Deuxième prescripteur : 5us5, 5us22, 5us69, 5us71, 5us73, 5us75

3-Intégrités des reins

4-Questions sans réponses

5-Souhait d'être le premier prescripteur

6-Méfiance : 5us76, 5us89

7-Manque de recul

8-Surveillance non sécurisante

9 -Surdosage dangereux

10-Patient type/ Contexte type : 5us42

11-Efficient : 5us34, 5us36, 5us60

12-Suivi simplifié : 5us40

13-Préscription simplifiée

14-Indications questionnées : 5us67, 5us72

15-Inconnu des patients

16-Pas d'expérience négative : 5us27, 5us28, 5us62, 5us63, 5us85

17-Simplicité : 5us50

18-Possibilité d'être premier prescripteur : 5us79

19-Pas efficient

20-Garantie de sécurité : 5us9, 5us52, 5us61, 5us78

21-Progrès : 5us58

22-Manques d'informations/Manques de connaissances : 5us11, 5us13, 5us80, 5us82, 5us84, 5us90

23-Coûteux : 5us46, 5us47

24-Interrogation sur l'efficacité

25-Toxicité rénale

26-Manque de formation

27-Précaution d'emploi : 5us87

28-Utilisation simplifiée pour les spécialistes

29-Préscription subie

30-Manque d'adhésion du patient

31-Nouvelle alternative

32-Effets secondaires : 5us35

33-Absence d'antidote : 5us10, 5us16, 5us32, 5us55

34-Littérature non convaincante

35-Sentiment d'inconfort

36-Pas d'amélioration du service médical rendu

37-Remis en cause par les spécialistes

38-Risque hémorragique : 5us6, 5us7, 5us8, 5us17, 5us18

39-Questionnement des patients

40-Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription

41-Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue) : 5us66, 5us70

42-Avantageux par rapport aux AVK : 5us39

43-Sérénité

44-Identique aux AVK : , 5us54

45-Pas le souhait d'être premier prescripteur

46-Moins coûteux

47-Sentiment de confort

48-Satisfaction des patients : 5us59

49-Bonne observance des patients

50-Manque d'expérience : 5us26, 5us64, 5us65

51-Toxicité hépatique

52-Interrogation sur le coût réel

53- Réticence chez les personnes âgées : 5us88

54-Favorable à leur utilisation : 5us81

55-A priori négatif du personnel soignant

56-Médias non convainquant

57- Altère la relation médecin/patient

58- Influence positive des spécialistes : 5us38

59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique

60-Élimination plus longue

61- Doute sur sécurité

62- Rapport coût/efficacité positif

63- Insuffisamment prescrit

64-Sentiment d'angoisse

65- Influence positive des confrères médecins généralistes

66- Utilisation de tous/ubiquitaire : 5us1

67- Priorisation d'un AOD : 5us2, 5us19

68- Indications connues et validées : 5us3, 5us4, 5us86

69- Adaptabilité des doses : 5us12, 5us56

70- Surveillance nécessaire : 5us14 5us15

71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes : 5us20, 5us21, 5us23, 5us25

72- Engouement des cardiologues : 5us24

73-Sentiment de confiance : 5us29, 5us33

74- Information médicale existante et accessible : 5us30, 5us31, 5us83

75- Littérature convaincante : 5us37

76-Gain de temps de travail médical : 5us41, 5us43, 5us44, 5us51

77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique, d'un suivi moins simplifié : 5us45

78- Crainte d'être obligé de prescrire : 5us48, 5us49, 5us57

79- Pratique de plus en plus fréquente : 5us77

+ 14 nouvelles
catégories
10 CC / 14 NC

Entretien 6

Présentation du médecin

Homme, 65 ans en pré-retraite

Spécialité : Médecine générale, avec un DU Médecine du Sport

En exercice depuis 1978, en libéral, sans encadrement d'internes

Population soignée : variée de type urbain

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Est-ce que vous avez en tête une histoire qui vous a marqué par rapport à l'utilisation des nouveaux anticoagulants oraux ?*

- Non. J'en ai prescrit plusieurs fois [6us1], je n'ai jamais eu de problèmes particuliers [6us2]. Pas de problèmes particuliers. Bon et si on devait me demander, puisque je crois que c'est l'objet de votre thèse « Le ressenti d'un médecin » vis à vis de ces produits-là : Il y a un ressenti qui est positif pour certains points [6us3]. Je pense à un patient qui a un thrombus cérébral qui ne bougeait pas sous Préviscan et qui a réduit de plus de moitié sous Xarelto [6us4]. Donc bilan neurologique [6us5] et bilan vasculaire positif [6us6], hein ? Intéressant. Et le côté négatif qui nous fait toujours un petit peu peur avec ces produits-là [6us7] c'est que, en fait qu'il n'y a pas d'antidote [6us8]. Donc en cas d'hémorragies, de syndrome hémorragique voir important, la seule parade beh c'est le maintien des constantes hémodynamiques [6us9] et la supplémentation hein ? Donc si vous voulez ça c'est un peu le côté négatif. Je crois me rappeler – pour autant que ma mémoire soit bonne et que je ne sois pas encore Alzheimer – je crois que c'est trois morts quand même hein [6us10]. Je crois que c'est en région PACA. Dans le sud-est il me semble. Il y a eu quand même trois décès dans une région semble-t-il un petit peu en pointe dans l'utilisation de ces produits-là [6us11]. En plus ce qu'il faut savoir c'est que l'on ne peut pas les utiliser sur le long terme [6us12]. J'ai actuellement une patiente qui m'avait fait une, qui avait un passé vasculaire important avec des phlébites et une embolie pulmonaire pour laquelle on a découvert bien sûr, un cancer du côlon. Donc on a utilisé le Xarelto pendant un bon moment puis vient le moment où après tout ça, on est obligé d'arrêter et on est obligé de repasser au Préviscan tout simplement. [6us13] Donc si vous voulez le problème, le côté négatif c'est pour moi, si vous voulez on va faire simple : l'absence d'antidote [6us14]. Alors que la vitamine K on peut l'utiliser. Alors voilà on est un petit peu...septique !

- *Vous l'utilisez beaucoup la vitamine K ?*

- Non, mais ça m'est arrivé de l'utiliser dans mon exercice.

- *Mais ça a un côté rassurant du coup ?*

- Oui, ça a un côté rassurant quelque part de pouvoir utiliser la Vitamine K ! [6us15] D'autre part on a donc cette absence d'antidote avec ces produits-là [6us16]. Et puis quand même une utilisation qui est limitée dans le temps hein ?! [6us17] On ne peut pas

les utiliser plus de six mois je crois. [6us18] Et puis attendez, je vais vous poser...pas une colle mais enfin on est là pour en discuter tous les deux. J'ai une de mes patientes qui m'a fait phlébite puis embolie pulmonaire. Bon il n'y avait pas de cancer il n'y avait rien du tout. Euh, on a fait une exploration génétique bien sûr, il n'y avait pas de problème. Elle a été traitée par d'autres produits, du Xarelto je crois bien. Et puis bon maintenant elle est sous Coumadine évidemment. Et si vous voulez à un moment, les gens qui la suivent à l'hôpital se sont dit « Bon beh on va arrêter les nouveaux anticoagulants ». Rebelote double embolie pulmonaire, deux fois. Donc à peu près un an et demi plus tard, là elle est sous Coumadine, elle est bien elle n'en bouge pas, on est très content comme ça. Mais si elle était sous Xarelto, non impossible.

- *Pourquoi impossible ?*

- Et bien on n'a pas l'AMM pour l'utiliser sur au long cours comme ça. [6us19] Disons on manque un petit peu de recul [6us20]. Il est évident que c'est la tendance actuelle de prendre à la limite le relais des HBPM avec ça [6us21]. D'utiliser les HBPM à la phase aiguë et puis de prendre le relais avec ça [6us22]. Et après de les mettre sous Xarelto. L'expérience que j'ai eu c'est le Xarelto. Moins le Pradaxa. [6us23]

- *Et l'Eliquis ?*

- Pas du tout ! Puis je me méfie toujours avec l'Eliquis [6us24] parce qu'ils sont présentés comme étant révolutionnaire. Alors il y a peut-être un défaut de présentation mais j'ai envie de dire, leur démarche c'est « Ah mais nous on est meilleur que les autres ». Le laboratoire c'est un peu... « Les autres ont des inconvénients mais pas moi ». Je n'aime pas trop ça, je me méfie en général [6us25]. Donc si vous voulez j'ai plus de malades qui ont été mis sous Xarelto mais voilà quoi, on a une position j'ai envie de dire... J'ai personnellement une position attentiste. [6us26] En matière de médecine, je suis un petit peu Britannique. J'aime bien laisser faire les mauvaises expériences par les autres [6us27]. Je suis un petit peu désolé, c'est un petit peu faux-cul, mais c'est vrai. J'aime bien ce qui marche [6us28].

- *C'est à dire que vous vous laissez un peu de temps ?*

- J'aime bien prendre un petit peu de recul [6us29]. Vous savez le « c'est tout beau, magnifique », ça marche avec tout... Ce n'est pas mon truc [6us30] mais il y a un progrès réel avec un progrès établi bien évident pourquoi pas, c'est évident [6us31]. Mais il ne faut pas non plus... Voilà bon ! Mais moi c'est les deux façons de voir que j'ai. Le côté positif : bonne efficacité, très bonne efficacité, hein [6us32], absence de contrôle sanguin ça c'est évident [6us33], ça c'est le point de vue qui est vu par la sécurité sociale [6us34]. J'ai d'ailleurs beaucoup rigolé le jour, enfin beaucoup rigolé entre guillemets, le jour où la sécurité sociale faisait une pub phénoménale pour ces nouveaux anticoagulants. Pour une raison très simple, c'est comme ça elle n'a pas à rembourser des INR hein ? Pas d'INR à rembourser [6us35], ni de contrôles et tout [6us36]. Et je crois que c'est dans la quinzaine qui a suivi la pub de la sécu pour ces produits-là, pile poil derrière, trois morts en région PACA, dans le sud. Boom trois morts ! Donc si vous voulez c'est un peu ça. Est-ce que mes confrères ont un ressenti à peu près ?

- *Je vois de tout. Des gens qui sont craintifs, certains ne veulent pas en entendre parler. Ils sont plutôt réfractaires...*

- Réfractaires à un progrès. A ce qu'il peut paraître comme un progrès.

- *Oui et il y a des médecins qui font confiance et qui...*

- Et qui font plus que ça ! Et bien vous me mettez juste entre les deux.
- *Mais il y a beaucoup de personnes comme vous aussi.*
- Et la médiane c'est un peu moi.
- *Du coup, est ce que vous pensez que c'est un progrès ?*
- Je pense que ça a des chances d'être un progrès mais j'ai envie de dire [6us37] : c'est un peu un progrès Mais ! Mais attention ! [6us38] Tant qu'on n'aura pas bien contrôlé [6us39], bien mis en place tous les protocoles pour bien contrôler tout ça [6us40]... Légère réticence, disons légère réticence [6us41].
- *Est-ce que vous les introduisez ?*
- Non ! [6us42] Ce n'est pas indispensable [6us43]. C'est pas que je ne veux pas, entre guillemets. C'est peut-être un peu hypocrite ce que je vais dire mais, je ne prendrais pas le risque de les instituer moi-même [6us44].
- *Est-ce que vous instituer les AVK ?*
- Ah beh oui. Bon d'accord je suis un vieux médecin, j'ai l'habitude de surveiller bien sûr tous les AVK que ce soit Sintrom, Préviscan ou Coumadine. Ça pas de problème. On sait faire, on connaît mieux les modalités de surveillance [6us45]. Et puis on a quand même une relative sécurité qui à mon avis est supérieure à celle du Xarelto et du Pradaxa [6us46]. Mais parce qu'on contrôle en direct j'ai envie de dire, grâce à l'INR ! Alors que ceux-là... [6us47]. Mais il est bien évident qu'une personne qui a un INR à 2, 3 on est bien, on est content, on est heureux, merci mon Dieu ! Et puis c'est relativement facile à faire et au moins on est satisfait. [6us48] Bon, on quand même, d'une part une plus grande efficacité sur des thrombus : je pense à ce patient que je connais dont le thrombus cérébral sous AVK a divisé par deux sous Xarelto [6us49].
- *Et là maintenant, il est toujours sous Xarelto ?*
- Oui ! Ce n'est pas quelqu'un que je soigne, c'est quelqu'un que je connais où effectivement il y a eu une sacré amélioration [6us50] qui sur le plan neurologique est quand même très intéressante [6us51]. Donc si vous voulez ça c'est le côté pour. Et le coté contre c'est l'absence d'antidote [6us52] et la plus grande difficulté à contrôler quand il y a des hémorragies [6us53]. Avec je vous dis les trois morts à la clef qu'il y a eu au début là. [6us54]
- *Et si vous même vous aviez une indication médicale à une anticoagulation, est-ce que vous préféreriez être sous AVK où vous aimeriez mieux être sous NACO ?*
- Moi ? Pour moi ? AVK. Dans un premier temps on assurera avec le Préviscan [6us55].
- *Pour quelles raisons ?*
- Pour des raisons de manipulations [6us56] et puis de certitude à peu près de ce qu'on fait [6us57]. Quitte dans un deuxième temps... Je pense à ce cas-là à passer sous Xarelto [6us58] où là on a eu effectivement une résolution du thrombus bien plus importante [6us59].
- *Donc plutôt en seconde intention ?*
- Oui ! [6us60]

- *Vous n'avez jamais eu de complications sous les NACO ? C'est ce que vous disiez ?*

- Non ! J'en suis très heureux, pas de complications ! [6us61]

- *Et vous en avez beaucoup utilisé ?*

- Ah j'en ai quand même pas mal. Oh je dois bien avoir une, oh allez, demi-douzaine de personnes qui en ont bénéficié, ça commence à faire maintenant, bien qu'on soit au début ! [6us62]. Euh je n'ai jamais eu d'inconvénients [6us63] ! Tant mieux, j'en suis très content [6us64] ! Je pense si vous voulez personnellement avec le recul de mon métier, je pense que c'est un début d'utilisation [6us65]. Je pense que ça sera certainement perfectionné [6us66]. Je pense qu'on trouvera certainement des choses pour le rendre, déjà plus maniable [6us67], mais surtout plus sécurisant pour le médecin je veux dire avec moins de craintes de ces problèmes en cas d'hémorragies et compagnie [6us68]. Parce qu'il ne faut pas négliger le risque hémorragique, c'est quand même important [6us69]. Je pense que ça sera l'avenir de toute façon. Hein ? C'est évident, C'est l'avenir ! [6us70] C'est encore nouveau et on pense beaucoup AVK, AVK, mais maintenant on a le choix avec les NACO [6us71]. Mais enfin comme tout avenir, il y a une période de transition pendant laquelle on veut avoir suffisamment de recul [6us72] pour avoir une meilleure manipulation du produit [6us73], pour avoir des choses, pour avoir des codes, pour avoir des moyens de contrôle [6us74]. Qu'on le veuille ou non, un médicament c'est un produit toxique [6us75] donc on doit avoir un moyen de contrôle, de le contrôler [6us76]. Pour avoir un moyen de le neutraliser, de neutraliser les effets indésirables qui restent nombreux [6us77].

- *Donc là il y a un manque de contrôle ?*

- C'est ça! [6us78] Et si vous voulez dans la vie de tous les jours, dans la vie médicale de tous les jours, quand vous avez un malade qui est sous Préviscan par exemple, bon beh il y a des trucs qui sont supers faciles. Moi je vois tous mes malades qui sont sous Préviscan je leur donne tous une ordonnance sur laquelle c'est écrit « Si INR < à 2, augmentez d'un quart jusqu'au prochain dosage. Si INR > à 4,5, pas de Préviscan le soir même, recommencez le lendemain avec un quart de moins. »

- *Et ça ne vous pose pas de problème ?*

- Je pars en vacances le lendemain, je suis tranquille ! Il n'y a jamais eu de gags !

- *Vous marquez juste sur l'ordonnance ?*

- Oui, je leur fais un papier écrit grand et précis « Si INR < à 2, plus un quart. Si INR > à 4, 4 ou 4,5 arrêt 24 heures et reprise avec un quart de moins. » J'ai jamais eu de problèmes ! C'est facile ! [6us79]

- *Certains médecins me font part de la contrainte d'équilibrer les INR, que ça leur prend du temps. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

- Oh tu parles, il faut quinze secondes... Attends attends attends ! Moi je ne rappelle pas les patients, c'est les patients qui m'appellent avec leur taux d'INR.

- *Vous n'avez jamais rappelé les patients plus âgés qui contrôlent moins leur traitement ?*

- Attendez attendez, faut pas prendre les personnes âgées, ils ne sont pas tous des Alzheimers hein ?! Ils nous rappellent, ils ont leur taux d'INR. Je vois hier après-midi, j'ai eu un malade au téléphone : « Docteur je viens d'avoir sur internet mon taux d'INR je suis à tant ! », « Ok on ne bouge pas ! ». Mais ça prend 10 secondes par téléphone. Attendez à force de ne plus faire son métier on va faire quoi ? Non je m'excuse hein ?

Ecoutez ! Ou on fait un métier, ou on ne le fait pas. Si on ne peut pas accepter qu'un malade nous dise « Allo docteur je viens d'avoir mon INR il est à 3,5 », on se désresponsabilise un peu je trouve [6us80]. Et puis c'est sûr c'est plus facile d'écrire juste sur l'ordonnance « Xarelto tant de milligrammes, un comprimé le matin » mais on ne fait pas ce métier machinalement, faut réfléchir à ce que l'on fait aussi [6us81]. A ce moment-là si vous voulez moi je ne suis pas tout à fait d'accord non plus parce que on va vers une médecine qui désengage, qui se désinvestit vis à vis du malade [6us82], qui se décharge sur les sois disant sécurités, qu'elles soient informatiques, ou chimiques, ou médicamenteuses ou tout ce qu'on voudra [6us83]. Et les gens ils ne sont plus volontaires et parties prenantes de leur métier. Moi je suis désolé, je le dit parfois à mes malades qui me disent « On n'a pas osé vous déranger... ». Je leur dit « Mais attendez, vous ne me dérangez jamais ! Je suis médecin c'est pour être là quand vous en avez besoin ! ». D'accord ? Bon je sais je suis périmé, je suis has-been, c'est plus la médecine moderne. Maintenant, mais c'est une erreur, c'est une grossière erreur. On doit être auprès de ses malades et ils doivent pouvoir compter sur vous. Je suis désolé. Je sais que je suis un petit peu périmé. [6us84]

Unité de sens E6

6us1 : prescription fréquente
6us2 : pas de problèmes particuliers
6us3 : ressenti positif
6us4 : efficaces sur la diminution du thrombus
6us5 : améliorent le bilan neurologique
6us6 : améliorent le bilan vasculaire
6us7 : peur de ces molécules
6us8 : absence d'antidote
6us9 : peu de recours si syndrome hémorragique (uniquement maintien des constantes hémodynamiques)
6us10 : risque de décès
6us11 : risque de décès chez les patients malgré une bonne pratique des molécules
6us12 : pas indiqués au long cours
6us13 : indiqués pour une durée limitée
6us14 : absence d'antidote
6us15 : pas rassurant de ne pas avoir d'antidote
6us16 : absence d'antidote
6us17 : utilisation limitée dans le temps
6us18 : pas d'utilisation à long terme
6us19 : pas d'AMM pour utilisation au long cours
6us20 : manque de recul
6us21 : utiles en relais des HBPM
6us22 : utiles après la phase aiguë
6us23 : expérience d'une molécule sur 3
6us24 : méfiance
6us25 : méfiance du lobbying des laboratoires pharmaceutiques
6us26 : nécessité d'être attentif
6us27 : risques de mauvaises expériences
6us28 : pas efficaces
6us29 : nécessité de plus de recul
6us30 : méfiance
6us31 : progrès évident
6us32 : très bonne efficacité
6us33 : évitent les contrôles sanguins
6us34 : avantageux pour la sécurité sociale (évite les remboursements)
6us35 : évitent le remboursement des INR par la sécurité sociale
6us36 : évitent le remboursement des contrôles sanguins par la sécurité sociale
6us37 : paraît être un progrès
6us38 : progrès probable
6us39 : manque de contrôle en général
6us40 : manque de protocole d'utilisation
6us41 : réticence
6us42 : pas d'introduction
6us43 : pas d'intérêt d'être introduit en médecine générale
6us44 : risques si introduit par le médecin généraliste
6us45 : modalité de surveillance moins connue
6us46 : moins de sécurité
6us47 : sentiment de manque de contrôle en direct
6us48 : moins de satisfaction du suivi

6us49 : plus efficaces sur la diminution de la thrombose
6us50 : amélioration clinique neurologique
6us51 : très intéressants sur l'amélioration clinique
6us52 : absence d'antidote
6us53 : plus de difficultés à contrôler l'hémorragie
6us54 : risque de décès
6us55 : en seconde intention
6us56 : moins manipulables
6us57 : moins certain de ce que l'on fait
6us58 : seconde intention
6us59 : plus efficace sur la thrombose
6us60 : seconde intention
6us61 : jamais de complications
6us62 : utilisation fréquente
6us63 : jamais eu d'inconvénients
6us64 : satisfait de leur utilisation
6us65 : début d'utilisation
6us66 : besoin d'être perfectionnés
6us67 : manque de maniabilité
6us68 : manque de sécurité
6us69 : crainte du risque hémorragique
6us70 : molécules d'avenir (progrès)
6us71 : nouvelle alternative
6us72 : besoin de recul
6us73 : actuellement mauvaise manipulation par le MG
6us74 : manque de moyen de contrôle
6us75 : toxiques
6us76 : besoin d'un moyen de contrôle
6us77 : effets indésirables
6us78 : manque de contrôle
6us79 : moins facile d'utilisation que les AVK
6us80 : risque d'être plus négligent
6us81 : risque d'être moins actif lors d'une prescription
6us82 : risque de se désinvestir du patient
6us83 : fausse sécurité
6us84 : risque d'être moins responsable de ses patients

Catégories E6

Catégories totales = 88 (N79 + NC9)

Dont catégories concordantes totales = 35

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

1-Deuxième intention : 6us55, 6us58, 6us60,

2-Deuxième prescripteur : 6us1, 6us42

3-Intégrités des reins

4-Questions sans réponses

5-Souhait d'être le premier prescripteur

6-Méfiance: 6us24, 6us26 6us30, 6us41

7-Manque de recul: 6us20, 6us29, 6us65 6us72

8-Surveillance non sécurisante : 6us45, 6us46, 6us83

9-Surdosage dangereux

10-Patient type/ Contexte type: 6us21, 6us22

11-Efficient: 6us4, 6us5, 6us6, 6us32, 6us49, 6us50, 6us51, 6us59

12-Suivi simplifié : 6us33

13-Prescription simplifiée

14-Indications questionnées

15-Inconnu des patients

16-Pas d'expérience négative : 6us2, 6us63

17-Simplicité

18-Possibilité d'être premier prescripteur

19-Pas efficient : 6us28

20-Garantie de sécurité : 6us61

21-Progrès : 6us31, 6us37, 6us38, 6us70

22-Manques d'informations/ connaissance : 6us57

23-Coûteux

24-Interrogation sur l'efficience

25-Toxicité rénale

26-Manque de formation : 6us40

27-Précaution d'emploi

28-Utilisation simplifiée pour les spécialistes

29-Prescription subie

30-Manque d'adhésion du patient

31-Nouvelle alternative: 6us71

32-Effets secondaires: 6us75, 6us77

33-Absence d'antidote : 6us8, 6us9, 6us14, 6us16, 6us52

34-Littérature non convaincante

35-Sentiment d'inconfort : 6us15

36-Pas d'amélioration du service médical rendu

37-Remis en cause par les spécialistes

38-Risque hémorragique: 6us10, 6us11, 6us53, 6us54, 6us69

39-Questionnement des patients

40-Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription

41-Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue)

42-Avantageux par rapport aux AVK

43-Sérénité

44-Identique aux AVK

45-Pas le souhait d'être premier prescripteur : 6us43, 6us44

46-Moins coûteux : 6us34, 6us35, 6us36

47-Sentiment de confort

48-Satisfaction des patients

49-Bonne observance des patients

50-Manque d'expérience

51-Toxicité hépatique

52-Interrogation sur le coût réel

53- Réticence chez les personnes âgées

54-Favorable à leur utilisation : 6us3

55-A priori négatif du personnel soignant

56-Médias non convainquant

57- Altère la relation médecin/patient : 6us82, 6us84

58- Influence positive des spécialistes

59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique : 6us25

60-Élimination plus longue

61- Doute sur sécurité : 6us27, 6us68

62- Rapport coût/efficacité positif

63- Insuffisamment prescrit

64-Sentiment d'angoisse

65- Influence positive des confrères médecins généralistes

66- Utilisation de tous/ubiquitaire

67- Priorisation d'un AOD : 6us23

68- Indications connues et validées

69- Adaptabilité des doses

70- Surveillance nécessaire

71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes

72- Engouement des cardiologues

73-Sentiment de confiance

74- Information médicale existante et accessible:

75- Littérature convaincante

76-Gain de temps de travail médical

77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique /d'un suivi moins simplifié

78- Crainte d'être obligé de prescrire

79- Pratique de plus en plus fréquente : 6us62

80- Sentiment de peur : 6us7

81- Utilisation à court terme : 6us12, 6us13, 6us17, 6us18, 6us19

82- Manque de contrôle : 6us39, 6us47, 6us74, 6us78

83- Suivi moins satisfaisant : 6us48

84- Maniement difficile: 6us56, 6us67, 6us73, 6us76, 6us79

85- Satisfaction personnelle : 6us64

86-Besoin d'amélioration : 6us66

87- Risque d'être négligent : 6us80

88- Risque d'être moins actif : 6us81

+ 9 nouvelles catégories
8 CC / 9 NC

Entretien 7

Présentation du médecin

Femme, 51 ans

Spécialité : Médecine générale, avec un DU Médecine préventive de l'enfant et médecin coordonnateur EHPAD

En exercice depuis 1997, en association à mi-temps

Population soignée : tout venant

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Donc vous avez cette histoire de patient, est-ce que vous pouvez me rappeler l'histoire ?*
 - Alors la patiente c'est une dame de 85 ans, prise en charge pour une ACFA. Alors qu'au préalable elle était déjà sous anticoagulant, en l'occurrence du Préviscan [7us1]. Mise par le cardiologue sous Xarelto [7us2] ou un de ses copains, il faudrait que je retrouve le dossier. C'était du Xarelto de mémoire. Euh donc voilà. Et au bout d'une semaine, dix jours de traitements elle a manifesté un purpura déclive des membres inférieurs. Donc, bon et j'ai appelé le cardiologue avec un bilan biologique normale. Et donc le cardiologue m'a demandé de maintenir le traitement ce à quoi je n'étais pas tout à fait d'accord puisque je ne savais pas le pourquoi de ce purpura et que la chose qui avait changé c'était le traitement. Je m'étais dit que c'était peut-être lié à ça [7us3]. Donc on a convenu quand même tous les deux de le changer. Je l'ai remise sous Préviscan. Donc j'ai continué à faire le bilan de son purpura puisque ça restait un mystère clinique. Et en fait c'est un problème dermatologique pur.

- *Et du coup ?*
 - Est ce que j'ai remis le Xarelto ? Non !

- *Pour quelles raisons ?*
 - Parce qu'on était très bien avec le Préviscan et que je ne voyais pas pourquoi j'allais repasser à l'autre [7us4]. Non et en plus secondairement cette dame-là a fait pleins de complications médicales tout à fait différentes. Et donc du coup voilà. On en est resté avec ce qu'on connaissait et qui lui allait bien [7us5].

- *Et elle est-ce que la modification de traitement ça l'a perturbé ?*
 - Beh en fait elle a pensé comme nous que c'était...Un effet secondaire du Xarelto ! Et même, quand elle a vu que le fait de la remettre sous Préviscan ne changeait rien à son problème, et qu'en plus le dermatologue a confirmé une pathologie dermatologique, elle avait toujours un peu de mal à ne pas incriminer le Xarelto. [7us6]

- *Et est-ce que vous en voyant le purpura c'est la première chose que vous vous êtes dit ?*
 - Beh oui parce que moi c'était la première chose nouvelle qui lui arrivait, qui plus est avec ce nouveau truc qui vient de sortir [7us7]. Et qu'on était sur de l'anticoagulant et

que c'était lié à un problème sanguin pur.

- *Est ce que vous avez d'autres histoires avec les nouveaux anticoagulants ?*

- Non j'en ai très peu des patients sous anticoagulants [7us8]. J'ai cette dame-là, j'ai ce patient qui a fait une FA il y a quinze jours, que j'ai revu la semaine dernière et voilà.

- *Vous en avez deux ?*

- Oui deux. Ce n'est pas beaucoup. Par contre des AVK j'ai matière ça, oui ! [7us9]

- *Et est-ce que vous avez eu l'occasion de renouveler les AOD ?*

- Beh pour le patient là non, puisque lui en plus il doit bientôt avoir un choc électrique pour son FA donc ça va être solutionné. Et la dame non plus. [7us10]

- *Et quel est votre ressenti sur ces nouveaux médicaments ? »*

- Qu'on n'est pas très bien... [7us11] Voilà. Alors formé oui pourquoi pas. Après c'est à nous de... J'ai eu trois formations là-dessus [7us12]. Une très très technique [7us13], une très très scientifique délivrées par le CHU [7us14]. Et quand le cardiologue en a parlé ça m'a fait plus peur qu'autre chose [7us15]. Et l'autre qui était beaucoup plus pratique avec une cardiologue de ville. Pour autant quand on voit tous les effets secondaires potentiels [7us16], les délais chirurgicaux que ça demande [7us17]. Enfin moi c'est un peu cette utilisation qui me tracasse [7us18]. Avec ces histoires de demi-vie qui varient d'un produit à l'autre.

- *Vous avez l'impression qu'il y a plus d'infos que les AVK, qu'il y a plus de choses à ...*

- Beh le problème c'est que les AVK on connaît ça depuis longtemps [7us19]. Enfin moi à la fac j'ai appris c'est un truc que je maîtrise bien [7us20], bien que je sache qu'il y a beaucoup d'effets secondaires délétères avec les AVK. J'ai de la chance, je n'ai jamais eu à subir ça pour mes patients. Et je gère bien les INR etc. Après on n'est jamais à l'abri de quoi que ce soit. J'ai vu des patients arriver avec des catastrophes, des chutes avec des AVK, noirs de la tête au pied. Bon voilà après... Je sais que ça existe après, de par la nouveauté [7us21] et puis parce que je pense, enfin moi je suis de plus en plus précautionneuse [7us22], quand il y a un nouveau produit qui arrive je le regarde toujours d'un œil un peu... [7us23] Parce qu'il y a deux ans ils nous ont sorti des produits cardiologiques qui étaient soi-disant révolutionnaires et en particulier celui qui se substitue à la Cordarone là. Ça a fait trois tours et puis on n'en a plus jamais entendu parler. Et effectivement j'ai eu des patients qui ont eu des soucis avec. Et puis il y a des produits dont on sait que l'arrêt va induire l'arrêt de l'efficacité mais aussi l'arrêt des effets secondaires etc. A la limite ceux-là sont maniables... Ces trucs-là dont on ne sait pas combien de temps ça durent... [7us24]

- *Ça vous fait peur ?*

- Beh oui [7us25] parce que je n'ai pas de maîtrise de la chose [7us26], qu'on n'a pas, on n'a pas de dosages possibles pour surveiller le patient [7us27] et pour dire il est encore efficace ou il ne l'est plus... [7us28] Enfin vous voyez. Oui il continue d'agir et on ne s'en rend pas compte [7us29]. Il va sortir un dosage là, de l'antidote! Les AVK on sait qu'on a de la vitamine K qu'on peut faire injecter au CHU et il n'y a pas de souci [7us30].

- *Et est-ce que vous avez eu beaucoup l'occasion d'utiliser la vitamine K ?*

- Oh une fois ou deux. Des gens avec qui je me suis retrouvée avec des INR de week-

end parce que c'est toujours le week-end que ça tombe. Et on se dit « toi mon petit papi... tu vas aller aux urgences. » Et aux urgences ils ont leur vitamine K.

- *Mais au final l'antidote a été rarement utilisé ?*

-Oui, peu ! Mais ça me rassure de savoir que je pourrai l'utiliser ! [7us31]

- *Si vous même vous aviez une indication médicale à une anticoagulation. Est-ce que vous préféreriez être sous AVK ou sous NACO ?*

- Aucune idée. Entre la jambe de bois ou la jambe en caoutchouc je ne sais pas. Je ne sais pas. Je n'y ai pas réfléchi. Mais je pense que très sincèrement, évidemment je reste médecin... Après si ça m'arrive à mon âge je suis jeune [7us32]. Je vais être capable de contrôler... Je ne sais pas.

-*Donc plutôt introduire les AOD chez les jeunes patients ?*

- Les NACO, beh oui ! Mais il y a aussi l'histoire de l'insuffisance rénale [7us33]. Il y a beaucoup de choses qui rentrent en ligne de compte. Alors que les anticoagulants, sur ma proportion de patient évidemment c'est chez des personnes âgés que je vais en prescrire. Alors du coup ce n'est pas vraiment favorable pour eux [7us34]. Et j'ai peu de gens jeunes qui ont, j'en ai deux ou trois mais bon.

- *Est-ce que vous pensez que les nouveaux anticoagulants oraux sont un progrès ?*

- Certainement (rires). Certainement [7us35]. Oui après, moi quand on m'en a parlé au départ je me suis dit « Chouette ! Ça va être mieux ! » Parce qu'avec les AVK il faut être clair, on a quand même quelques soucis de prise [7us36]. On a des comprimés là, qu'on casse en quatre qui sont minuscules, la moitié tombe par terre... Contrairement aux autres là [7us37]. Puis les gens n'arrivent pas à les casser. Encore une histoire de personnes âgés, ils ont les doigts abîmés, ils ne peuvent pas le casser le Préviscan. Alors que les NACO... [7us38] Je me suis dit « Génial ! Ça va être une alternative qui va être intéressante [7us39] ». Et moi j'étais plus dans cette idée là en fait, de l'alternative intéressante pour la facilité de la prise des gens etc... [7us40] Beh oui mais en même temps, oui c'est plus simple certainement [7us41] mais par contre moi ce qui m'embête après, c'est mon suivi à moi de mon patient quoi ! [7us42]

- *Le suivi est plus difficile ?*

- Toujours en médecine le problème c'est que quand tout roule bien : pas de souci particulier, on est content ça marche bien. Moi je vous dis les AVK je n'ai jamais eu de soucis, enfin très peu de soucis avec, et ce qui fait qu'en fait je trouve que pour moi ça ne me pose pas de problèmes [7us43]. Peut-être qu'un confrère qui a pleins de soucis va dire : « Olala les AVK c'est une catastrophe ça ne va pas, moi je n'en veux pas, je ne veux plus de ça ». Après c'est notre suivi qui est peut-être plus compliqué. Après les NACO c'est une histoire d'appréhension parce que je n'en ai pas la pratique courante en fait. [7us44]

- *Un manque d'expérience et de recul ?*

- Tout à fait, oui c'est ça en fait. [7us45]

- *Au cours des entretiens réalisés, certains médecins trouvent que c'est plus pratique aussi et que ça permettrait de réduire un peu le temps de travail. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

- Après il faut être clair sur la présentation que nous on a de ces produits-là. Parce que, pourquoi on nous les présente les NACO ? Pour que ça fasse des économies à la sécu ?

Bien ! [7us46] Alors économies de quoi ? Économies des TP, INR etc... [7us47] Je ne sais pas si ils ont vraiment fait les calculs. Parce que je ne sais pas ce qui est vraiment plus économique [7us48]. Et puis on nous l'annonce comme étant, oui une petite révolution médicale, est-ce vraiment « révolutionnaire » au fond ? [7us49] Dans le sens où oui on a changé de traitement, on a quelque chose de nouveau [7us50], oui on agit sur des voies différentes de la coag etc... [7us51] OK ! Mais avant tout, on nous l'annonce comme « Oh puis comme ça on aura moins de prise de sang à faire etc... » [7us52]. Alors ça c'est bien pour le confort du malade [7us53]. Mais c'est aussi économique [7us54]. Les biologistes ça ne les fait pas rire qu'il y ait moins de TP, INR à faire. Oui soyons clairs ! Alors moi ce que j'aimerais savoir c'est pour un traitement bien mené d'AVK avec les contrôles qui sont finalement tous les quinze jours, trois semaines allez, combien ça coûte ? [7us55] Parce que quand on voit le prix d'une boîte de Préviscan ça ne coûte rien. Alors les prises de sang coûtent peut-être un peu plus. Ça doit être moins de 10€ je pense, 7, 8? Je ne sais pas, et plus le passage de l'infirmière, enfin voilà tout le package. Les NACO c'est combien la boîte ?

- *Autour des 70€ pour le Xarelto.*

- 70€ pour un mois. Donc en un mois pour un Préviscan qui doit coûter moins de 5€ la boîte plus une prise de sang. Voilà voilà... Non mais il faut y réfléchir à tout ça [7us56]. Enfin voilà notre problème actuellement c'est qu'il faut tout voir, et moi je vois le confort de mes patients [7us57], la facilité de la prise etc... [7us58] Et après il faut voir le coût [7us59]. Et je me dis que dans ces cas là puisqu'on est dans une mouvance où l'on doit être absolument économique sur tout... Alors soyons économiques et continuons à prescrire les AVK [7us60]. (Rires)

- *Et vous ça ne vous embête pas, ça ne vous prend pas plus de temps le contrôle des INR, le rappel des patients ?*

- Moi c'est les patients qui m'appellent. C'est leur maladie, c'est leur problème. Alors évidemment quand j'ai un INR à dix et qu'ils ne m'ont pas appelés, je m'inquiète quand même de savoir si ils ne sont pas tombés, ou je ne sais pas quoi et qu'ils ont bien pris note que leur INR n'était pas normal et qu'il fallait qu'ils modifient leur traitement. J'en ai un têtù comme ça. Et à chaque fois « vous ne m'avez pas appelé ? », « Oh beh je n'ai pas pensé, je suis parti à la pêche, je suis parti au golf... ». Bon voilà. Non moi ça ne me prend pas plus de temps [7us61]. Évidemment quand on en a cinq à lire...

- *Ça ne vous dérange pas plus que ça ?*

- Non pas vraiment.

- *Est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur les NACO ?*

- Non, non rien d'autre à rajouter. Franchement moi le truc qui me pollue un peu la vie c'est vraiment l'histoire économique [7us62]. On nous fait miroiter des choses et en fait au bout du compte on se rend compte que ce n'est pas si vrai que ça. Parce que un INR toutes les trois semaines, même tous les quinze jours, au final ça ne revient peut-être pas plus cher [7us63]. Il y a des patients, j'en ai plusieurs sous Sintrom d'ailleurs, sous Coumadine aussi. La Coumadine ça marche vachement bien d'ailleurs. Je trouve ça très facile à gérer et à équilibrer. Moi je trouve ça très bien ! Et du coup la Coumadine bien équilibrée et tout ça coûte trois francs six sous. Et du coup quand on voit le prix des autres moi je suis désolée, les laboratoires ont fait un bon coup de marketing. [7us64]

- *Et ils sont passés les laboratoires ?*

- Jamais ! C'est rigolo ils sont passés avant que ça ne sorte pour nous dire « il va y avoir des nouveaux anticoagulants tatati tatata ». Et depuis... [7us65]

- *Ce n'est pas que vous ne recevez pas les laboratoires ?*

- Non ! Surtout quand ils présentent des nouveautés, des choses dont on sait qu'on va avoir besoin. Au contraire moi je les accueille volontiers. Ils sont là pour nous informer, ils ne sont pas là pour... Surtout qu'il y a des réseaux de visiteurs qu'on connaît bien. Ils font bien leur boulot. Mais par contre tous les topos, enfin toutes les choses auxquelles je suis allée c'est parce que j'ai cherché qui pouvait nous présenter, c'était par volonté, c'était des FMC, c'était un EPU, voilà [7us66]. Sinon je n'ai jamais plus eu d'autres présentations depuis la sortie réelle de ces produits, c'est peu quand même [7us67]. Ce qui fait que Eliquis quand le patient m'a dit « Je prends Eliquis » je me suis dit, c'est quoi ça ? Qu'est-ce que c'est que cette nouveauté ? [7us68] Il m'a dit « Je n'ai pas supporté le Xarelto ». Je me suis dit «Ah celui-là je vois ce que c'est !»

Unités de sens E7

N_{us} = 68

- 7us1 : seconde intention
- 7us2 : introduction par le cardiologue
- 7us3 : craintes d'effets secondaires à type de purpura par le médecin
- 7us4 : pas d'efficacité supérieure que les AVK
- 7us5 : moins de connaissance
- 7us6 : crainte d'effets secondaires par le patient
- 7us7 : nouvelle molécule
- 7us8 : peu d'utilisation
- 7us9 : moins utilisés que les AVK
- 7us10 : pas de renouvellement
- 7us11 : pas à l'aise lors de leur utilisation
- 7us12 : formation existante
- 7us13 : formation technique délivrée
- 7us14 : formation scientifique délivrée
- 7us15 : information pas rassurante
- 7us16 : nombreux effets secondaires
- 7us17 : augmentent les délais chirurgicaux
- 7us18 : crainte de leur utilisation
- 7us19 : moins d'expérience que les AVK
- 7us20 : moins de maîtrise
- 7us21 : nouveauté
- 7us22 : à utiliser avec précaution
- 7us23 : nouveau médicament
- 7us24 : temps d'action inconnu
- 7us25 : sentiment de peur
- 7us26 : pas de contrôle
- 7us27 : pas de surveillance par dosage
- 7us28 : efficacité non appréciable
- 7us29 : activité non appréciable
- 7us30 : manque un antidote
- 7us31 : pas rassurant de ne pas avoir d'antidote
- 7us32 : AOD indiqués chez les patients jeunes
- 7us33 : contre-indiqués chez les insuffisants rénaux
- 7us34 : pas indiqués chez les personnes âgées
- 7us35 : progrès probable
- 7us36 : prise du médicament plus facile pour les patients
- 7us37 : comprimés non sécables, prise facilité
- 7us38 : prise plus adaptée aux personnes âgées
- 7us39 : alternative intéressante
- 7us40 : prise facilitée
- 7us41 : plus simple pour le patient
- 7us42 : suivi du patient embêtant pour le médecin
- 7us43 : pas d'intérêt de remplacer les AVK
- 7us44 : manque d'expérience
- 7us45 : manque de recul

7us46 : permettent des économies de la sécurité sociale
7us47 : permettent l'économie des bilans sanguins
7us48 : coût questionné
7us49 : annoncés comme étant une révolution médicale
7us50 : nouvelle alternative
7us51 : mécanisme d'action différent des AVK
7us52 : évitent des prises de sang fréquent
7us53 : améliorent le confort du malade
7us54 : enjeu économique
7us55 : manque de connaissance sur le coût
7us56 : doute sur l'intérêt économique
7us57 : améliorent le confort du patient
7us58 : facilitent la prise du médicament pour les patients
7us59 : intérêt d'évaluer le coût
7us60 : moins économiques que les AVK
7us61 : pas un gain de temps
7us62 : doute sur l'intérêt économique
7us63 : plus chers que les AVK
7us64 : enjeu économique des laboratoires pharmaceutiques
7us65 : pas d'informations délivrées par les laboratoires
7us66 : démarche personnelle pour accéder à l'information
7us67 : peu d'informations délivrées
7us68 : manque de connaissance

Catégories E7

Catégories totales = 92 (N88 + 4NC)

Dont catégories concordantes totales = 32

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

1-Deuxième intention : 7us1

2-Deuxième prescripteur : 7us2

3-Intégrités des reins

4-Questions sans réponses

5-Souhait d'être le premier prescripteur

6-Méfiance : 7us18

7-Manque de recul : 7us45

8-Surveillance non sécurisante : 7us42

9-Surdosage dangereux

10-Patient type/ Contexte type : 7us32

11-Efficient

12-Suivi simplifié : 7us52

13-Préscription simplifiée

14-Indications questionnées

15-Inconnu des patients

16-Pas d'expérience négative

17-Simplicité

18-Possibilité d'être premier prescripteur

19-Pas efficient : 7us4, 7us43

20-Garantie de sécurité

21-Progrès : 7us35

22-Manques d'informations/ connaissance : 7us5, 7us55, 7us65, 7us67, 7us68

23-Coûteux : 7us60, 7us63

24-Interrogation sur l'efficience : 7us49

25-Toxicité rénale : 7us33

26-Manque de formation

27-Précaution d'emploi : 7us22

28-Utilisation simplifiée pour les spécialistes

29-Préscription subie

30-Manque d'adhésion du patient

31-Nouvelle alternative: 7us5, 7us7, 7us21, 7us23, 7us39, 7us50

32-Effets secondaires : 7us3, 7us16

33-Absence d'antidote : 7us30, 7us31

34-Littérature non convaincante

35-Sentiment d'inconfort : 7us11

36-Pas d'amélioration du service médical rendu

37-Remis en cause par les spécialistes

38-Risque hémorragique

39-Questionnement des patients : 7us6

40-Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription

41-Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue)

42-Avantageux par rapport aux AVK

43-Sérénité

- 44-Identique aux AVK
- 45-Pas le souhait d'être premier prescripteur
- 46-Moins coûteux : 7us46, 7us47, 7us55**
- 47-Sentiment de confort
- 48-Satisfaction des patients : 7us53, 7us57**
- 49-Bonne observance des patients
- 50-Manque d'expérience: 7us8, 7us9, 7us10, 7us19, 7us20, 7us44**
- 51-Toxicité hépatique
- 52-Interrogation sur le coût réel: 7us48, 7us54, 7us56, 7us59, 7us62**
- 53- Réticence chez les personnes âgées : 7us34**
- 54-Favorable à leur utilisation
- 55-A priori négatif du personnel soignant
- 56-Médias non convainquant
- 57- Altère la relation médecin/patient
- 58- Influence positive des spécialistes
- 59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique : 7us64**
- 60-Élimination plus longue
- 61- Doute sur sécurité
- 62- Rapport coût/efficacité positif
- 63- Insuffisamment prescrit
- 64-Sentiment d'angoisse
- 65- Influence positive des confrères médecins généralistes
- 66- Utilisation de tous/ubiquitaire
- 67- Priorisation d'un AOD
- 68- Indications connues et validées
- 69- Adaptabilité des doses
- 70- Surveillance nécessaire
- 71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes
- 72- Engouement des cardiologues
- 73-Sentiment de confiance
- 74- Information médicale existante et accessible : 7us12, 7us13, 7us14, 7us66**
- 75- Littérature convaincante
- 76-Gain de temps de travail médical
- 77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique /d'un suivi moins simplifié
- 78- Crainte d'être obligé de prescrire
- 79- Pratique de plus en plus fréquente
- 80- Sentiment de peur : 7us15, 7us25
- 81- Utilisation à court terme
- 82- Manque de contrôle: 7us26, 7us27, 7us28, 7us29**
- 83- Suivi moins satisfaisant
- 84- Maniement difficile : 7us24**
- 85- Satisfaction personnelle
- 86-Besoin d'amélioration
- 87- Risque d'être négligent
- 88- Risque d'être moins actif
- 89- Augmente les délais chirurgicaux : 7us17
- 90- Prise des médicaments facilitée pour le patient : 7us36, 7us37, 7us38, 7us40, 7us41, 7us58**
- 91- Mécanisme d'action différent : 7us51**
- 92- Absence de gain de temps : 7us61

+ 4 nouvelles catégories
3 CC / 4 NC

Entretien 8

Présentation du médecin

Homme, 50 ans

Spécialité : Médecine générale

En exercice depuis 1996, associé dans un cabinet de médecine générale avec encadrement d'externes

Population soignée : Enfants et jeunes actifs, de type urbain

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Parler moi de votre situation...*

- Donc c'est un monsieur qui est né en 36, chez qui on a découvert une ACFA à la suite d'une pneumopathie en novembre 2014. Qui a été mis sous Xarelto 20mg.

- *Il a été mis par ?*

- Par un cardiologue [8us1]. Il a été hospitalisé en clinique à Nantes. [8us2].

- *Il a été hospitalisé pour sa pneumopathie ?*

- Oui pour sa pneumopathie. Enfin de ce que moi j'en ai compris, quand je l'ai vu après il avait déjà son traitement. Quand je l'ai vu, à la sortie quasiment de son hospitalisation il était sous Xarelto 20mg plus Cordarone, et puis ...Voilà qu'il continue. Bien toléré [8us3], pas de saignements, pas d'épistaxis, pas de saignements, pas d'ecchymoses... [8us4]

- *Bien accepté par le patient aussi ?*

- Oui visiblement, [8us5] il ne s'est pas plaint de signes digestifs ou autres [8us6]. Et donc là il revient de cure, je l'ai vu ce matin. Une cure pour des problèmes rhumato banaux, et il a, le rhumatologue a vu, enfin le rhumato, le médecin de là-bas a vu qu'il avait une sorte de petite tuméfaction poplitée mais dans une zone où il y a pas mal de varicosités. C'est vrai qu'en regardant, ça avait l'air d'être une tuméfaction bien vascularisée, donc sans doute à risque de saignement. Alors sous Xarelto, beh le dermatologue qui l'a vu là-bas a préféré renvoyer le patient chez lui et c'est vrai avec un prélèvement bien encadré [8us7]. Évidemment avec un arrêt du Xarelto un peu avant. Mais bon, je l'ai envoyé donc voir un chirg esthétique qui va le mettre je pense sous HBPM. Il faut penser à tout ça, attention quand même. [8us8]

- *D'accord, donc il n'a pas vu encore le chirurgien esthétique ?*

- Non, non.

- *Et est-ce que vous pensez que sous AVK, ça se serait fait plus facilement ?*

- Beh oui, parce que plus d'habitude [8us9]. Je pense oui, et encore pas toujours. Ça reste souvent la panique quand il faut faire un relais et un switch par une HBPM.

- *Comment vous vous sentez vous dans le renouvellement ?*
 - Et bien pratiquement au début, pour les NACO, au départ on était, enfin moi j'étais assez prudent [8us10]. Sachant qu'il n'y a pas d'antidote [8us11] et qu'on n'avait pas beaucoup de recul sur la tolérance [8us12]. Et en fait là depuis un an à peu près, ça fait à peu près un an qu'on voit plus de patients, bon c'est encore pas très long mais bon [8us13]. Ce n'est pas nous, franchement, ce n'est pas moi qui les prescrivent... [8us14]

- *Vous n'en avez jamais introduit ?*
 - Non jamais, je n'ai jamais introduits de NACO [8us15]. Et donc du fait maintenant d'en voir plus, du fait par les cardio qui sont un peu plus confiants [8us16], c'est vrai que je n'ai pas vu d'intolérances [8us17]. Ou je n'ai pas vu des gens qui me disent « Oh tiens, je me cogne, au moindre petit machin, je me retrouve avec des bleus. » [8us18] C'est vrai que je ne l'ai pas eu ça, à la différence des AVK. C'est vrai que j'ai l'impression que c'est mieux toléré, c'est l'avantage. [8us19]

- *Ah oui ?*
 - Ah oui j'ai l'impression. Mais bon j'en ai pas une flopée hein ?! J'en ai, je dois en avoir sans doute au moins dix patients. Je pense hein. Oui pas beaucoup. [8us20]

- *Et vous quand vous devez renouveler un de ces médicaments vous n'avez pas de freins ?*
 - Ah non non aucun ! [8us21]

- *Du coup là depuis un an, vous n'avez plus de craintes ?*
 - C'est vrai qu'après les quelques formations, les cardiologues ont essayé de nous former. Oui, finalement des formations spécifiques pour nous, et c'est vrai que c'est plutôt rassurant... [8us22] Et on va, on arrive globalement... Les accidents hémorragiques sont rares [8us23]. Et on arrive normalement avec la réa à, à juguler l'hémorragie.

- *Vous avez fait des formations menées par des cardiologues ? C'était où ?*
 - Oui. Et bien en fait c'était organisé par les méchants laboratoires (rires). Par Big pharma. Mais en fait c'était quand même bien. [8us24]

- *Et vous n'avez pas, vous n'êtes pas méfiant par rapport à ce que vous auriez pu lire dans la presse ?*
 - Beh au début si je l'étais [8us25] puisque effectivement on insistait sur l'absence d'antidote principalement c'était ça ! [8us26] Après il y avait l'histoire de l'insuffisance rénale [8us27] et hépatique [8us28] à vérifier qu'on oublie un petit peu en surveillance. Mais c'est vrai qu'on oublie un petit peu. [8us29] C'est un bilan biologique annuel je crois. Mais en général il y a souvent des facteurs de risques cardio-vasculaires associés, donc c'est vrai... Du coup je pense qu'on est moins vigilant oui ! [8us30]

- *Est-ce qu'on serait moins vigilant, parce-qu'on oublie ?*
 - Je pense oui, parce que bien toléré par les patients [8us31]. On oublie les surveillances biologiques [8us32]. Comme certains autres médicaments psychotropes ou autres.

- *Est-ce que si vous même vous aviez une indication médicale à une anticoagulation, est ce que vous préféreriez être sous AVK ou sous les AOD ?*
 - Alors je pense sous NACO quand même. Parce que c'est vrai que les AVK ça reste la

galère quand même. La galère pour le suivi [8us33]. Parce qu'il ne faut pas oublier l'INR mensuel et ça il y a quelques personnes qui l'oublient [8us34]. Y'en a qui bloquent aussi. Je pense à un jeune patient qui a une valvulopathie et qui a une valve mécanique, qui a deux valves mécaniques et qui lui a, enfin je le tanne hein ?! Pour qu'il fasse... Je le rappelle pour que de temps en temps il fasse son INR mensuel [8us35]. Et de temps en temps, on attend trois mois parce que ça le fait chier. Donc c'est vrai que c'est... Y'a d'autres patients qui sont négligents donc ça part aux oubliettes hein. Et puis y'en a d'autres patients qui le font régulièrement et là c'est la galère hein. Notamment chez les personnes âgées où l'on se retrouve avec des INR qui jonglent [8us36]. Je pense notamment à des personnes âgées en maison de retraite où là, on passe notre temps à « Allô docteur ? Oui c'est l'infirmière, alors l'INR cette fois ci c'est 4... » [8us37]. Alors c'est vrai que mine de rien, même si ce n'est plus la minorité, je ne sais pas, ça doit représenter peut-être 15% des patients dont les INR, je ne sais pas, sont difficiles à équilibrer. C'est vrai que c'est un petit peu chiant je trouve. Et puis non, en dehors de ça, les INR qui les gèrent ? C'est le médecin généraliste. C'est à dire que nous à chaque fois on passe un coup de fil. Et puis il y a des patients qui gèrent et ils le font tout le temps. Mais est-ce qu'ils le font bien ? Faut quand même avoir un regard dessus même si globalement elles sont satisfaisantes hein ? [8us38]

- *Vous trouvez que c'est une charge de travail supplémentaire ?*

- Oui, non et puis le coup classique : le samedi matin, le fax du labo « INR à 5,5 ou à 6 ». (Soupir) Et le patient tu le rappelles, «ah tiens ça répond pas ?! C'est un peu chiant». Et c'est vrai que c'est chiant ça [8us39]. Et du coup c'est vrai que les NACO on n'a plus trop à se poser de questions [8us40]. Mais après le seul truc c'est qu'on ne fait pas gaffe mais déshydratation, diarrhée, insuffisance rénale fonctionnelle est-ce qu'on y pense ? A mon avis on n'y pense pas. Donc c'est vrai que c'est peut-être ça le risque [8us41].

- *A force de moins surveiller, peut-être qu'on est moins vigilant ?*

- Oui ! Et après les personnes âgées je ne sais pas trop. C'est vrai qu'avec l'insuffisance rénale on est plus sérieux. Est-ce qu'on fait plus attention à ça justement ? Un passage en insuffisance rénale fonctionnelle aiguë ? Je ne sais pas... Parce que là ce patient par exemple il va très bien mais je ne sais même pas s'il a eu un contrôle... Ah beh voilà une créat à 14, un CPK à 46. Donc il a une insuffisance rénale modérée. Beh voilà. Donc là il va revoir son cardio heureusement parce qu'il refait un passage en tachycardie. Mais c'est vrai que quand les cas sont mitigés, je ne suis pas très sûr qu'on soit très adapté [8us42].

- *Et est-ce que vous pensez que les NACO représentent un progrès ?*

- Ah beh oui moi je pense oui. De ce point de vue-là [8us43]. Si ça peut être une surveillance moins systématique [8us44], donc à priori plus facile [8us45]. Mais il faut que nous on arrive à penser à ça, c'est à dire au risque d'insuffisance rénale puis voilà [8us46]. Et après est ce qu'on y pensera quand on verra le même patient sous Xarelto qui vient pour une gastro ou je ne sais pas, un patient qui ne boit pas beaucoup et on est en période d'été, il fait très chaud, est-ce qu'on y pensera à vérifier la fonction rénale et à adapter ? Je ne pense pas non [8us47].

- *Oui c'est sûr il faut toujours être vigilant à ce risque...*

- Beh oui parce que ça veut dire que l'infirmière y passe quand même à la maison, par exemple. Et puis même comment prévenir le patient pour lui dire « Beh revenez me

voir » ou alors lui prescrire, un iono, ou un bilan rénale, au cas où ? Je ne vois pas trop effectivement, je ne sais pas. Après c'est un autre problème parce que ces personnes âgées ce sont des personnes qui ont globalement un certain âge non ? J'imagine. Je pense aux ACFA. Donc il y a déjà, sans doute, une petite insuffisance rénale existante et donc euh... C'est des gens qui sont plus à même de modifier leur fonction rénale. Physiologiquement et rapidement, donc je ne sais pas. Mais c'est vrai que c'est bien plus pratique [8us48]. C'est plus confortable même si plus de situations à risque [8us49] [8us50].

- *Et globalement les patients que vous avez sous NACO, ils acceptent bien ?*

- Oh oui ! [8us51] Ah beh tiens ce que je vais faire (regarde sur son ordi). Ah beh oui moi j'ai eu l'impression. Je n'ai pas eu de retour de gens qui ne le toléraient pas [8us52]. Enfin tu vois de tête là... Je n'ai pas fait gaffe mais je n'ai pas le souvenir. Et d'avoir eu une plainte d'un patient qui disait ne pas supporter ce nouveau médicament. Enfin il me semble hein. Je crois que j'ai dû en avoir un ou deux [8us53].

- *Est-ce que vous vous sentiriez d'introduire un nouveau anticoagulant ? Parce que là vous n'en introduisiez pas ?*

- Non, franchement non ! [8us54] Parce que le diagnostic il faut qu'il soit posé [8us55]. Je ne suis pas très sûr qu'on soit apte à les prescrire nous.

- *Et vous introduisez des AVK ?*

- (soupir) Non plus. Non.

- *L'initiation passe souvent par le spécialiste ?*

- Oui. Et c'est vrai que moi je ne me le permets pas [8us56]. Alors de temps en temps on fait des ECG en cas de situations d'urgences ou autres. Mais je demande confirmation par le cardio. Parce que moi je vois bien les ECG, pour nous généralistes... Enfin moi j'ai eu une formation, enfin quand on n'a pas la pratique on s'épuise et on oublie. [8us57] Puis moi j'en fais un par mois c'est déjà énorme. Et puis la médecine de ville elle est très différente de la médecine de campagne où l'on se débrouillait et se démerdait pour pallier le manque de spécialiste. Parce que moi là, enfin je voyais bien la différence entre mes remplacements dans le rural et ici, si moi je me permets de faire un diagnostic alors que quand je claque les doigts j'ai un spécialiste... Si moi je me trompe, c'est impossible. Ce n'est pas acceptable ça !

- *Vous avez des spécialistes qui sont facilement accessibles ? Disponibles ?*

- Relativement oui. Oui relativement. Ou alors en cas d'urgence ou qui nous paraît urgente. Dans ce cas-là, c'est les urgences. Dans ce cas-là, alors on envoie. Mais non, ça je crois que non. Les anticoagulants qu'ils soient anciens ou... (Regarde sur son ordinateur les dossiers des patients). J'essaye de retrouver combien j'en ai... Oui voilà, y'en a 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9... Mais ils ne sont pas tous sous le même... Enfin ce n'est pas beaucoup quoi. [8us58]

- *Sous Xarelto ?*

- Oui voilà, neuf sous Xarelto et il y a un jeune qui a été sous, partiellement. C'était pour une phlébite. Donc voilà neuf sous Xarelto. C'est tout, il me semble... Mais oui enfin voilà quoi.

- *Donc vous vous sentez à l'aise pour le renouvellement et la prescription de ces médicaments ?*
- Oui très à l'aise oui ! [8us59] (Rires) Non mais c'est vrai que j'ai moins d'inquiétudes [8us60]. Mais c'est peut-être psychologique. Après on va peut-être avoir un petit rebond de quelques problèmes.
- *Bon après les études qui ont été faites sont plutôt encourageantes non ?*
(Regarde toujours ses dossiers de patient sur son ordinateur)
- Et puis après une sous Eliquis, oui Eliquis ! Et puis, je vais voir si j'en trouve d'autres... Mais c'est vrai que là je pense, comme ce sont surtout des personnes d'un certain âge, c'est vrai que je n'ai pas eu d'histoires particulières, ça se passe bien [8us61]. Il n'y avait pas d'ulcère d'estomac, il y avait une bonne tolérance digestive [8us62]. Mais euh... Oui ça me paraît pas mal ! Et Pradaxa je vais voir si j'en ai, il me semble que j'en avais quand même un petit peu. Beh ça alors ? Il me semblait que j'en avais. Ou alors est-ce qu'ils ont changés ?
- *Et l'ensemble des patients que vous avez sous Xarelto, il n'y en a pas un qui est revenu sous AVK, ou sous Pradaxa, Eliquis ?*
- Non. Mais je repense aux, aux AVK même si ce n'est pas le sujet, c'est vrai que pour les cas où on n'arrive pas à équilibrer, on s'arrache les cheveux ! Il y a un autre cas c'est vrai, où j'avais demandé un boîtier pour pouvoir faire des INR ou dextros mais qui ne sont pas remboursés... Et j'avais demandé à la sécu pour une patiente qui était très difficile à piquer, c'était une galère hein [8us63]. Mais c'est vrai que c'est quelques rares cas. Mais c'est vrai que...
- *Ça pose problème ?*
- Oui.
- *Et par exemple cette patiente elle est passée sous ?*
- Et bien je ne sais pas parce qu'elle est partie depuis trois ans je crois. Mais par exemple l'autre patient pour qui j'avais demandé le boîtier à la sécu, parce que il y a une possibilité de financement au moins partiel par la sécu, parce que c'est des boîtiers qui coûtent très chers, et bien ils m'ont dit – c'est le jeune patient justement qui a sa valvulopathie et ses valves mécaniques – et bien ils m'ont dit « Non non, non ça n'existe pas donc non on ne paye pas ! ». Ça c'est classique, c'est grandiose ! Ah, et voilà Pradaxa en fait il y en avait deux, voilà. [8us64]
- *Ok, donc une majorité de Xarelto ?*
- Oui finalement oui, alors c'est quand même le premier ! Et lui je ne l'ai pas revu depuis 2012. Et puis voilà tu vois ?! Globalement j'ai moins d'inquiétudes [8us65]. Après c'est vrai que, enfin c'est ce qu'on surligne. Et puis les patients qui ne nous renvoient pas d'intolérances ou de... [8us66]
- *Donc c'est plutôt rassurant ?*
- Oui pour le généraliste, c'est beaucoup plus rassurant finalement. [8us67]

Unités de sens E8

N_{us} = 67

- 8us1 : introduction par un cardiologue
- 8us2 : introduction lors d'une hospitalisation
- 8us3 : bonne tolérance
- 8us4 : pas de risques de saignements
- 8us5 : bien accepté par le patient
- 8us6 : pas de troubles digestifs
- 8us7 : craintes des spécialistes
- 8us8 : nécessitent d'agir avec précaution
- 8us9 : manque d'habitude
- 8us10 : nécessitent d'être prudent
- 8us11 : absence d'antidote
- 8us12 : manque de recul sur la tolérance
- 8us13 : commence depuis un an à voir plus de patient
- 8us14 : pas de prescription par le médecin généraliste
- 8us15 : jamais d'introduction des NACOS
- 8us16 : cardiologues confiants
- 8us17 : pas vu d'intolérances
- 8us18 : pas de risque d'hématome
- 8us19 : meilleure tolérance que les AVK
- 8us20 : peu de patients concernés
- 8us21 : pas de frein au renouvellement
- 8us22 : formation rassurante faite par les cardiologues
- 8us23 : accidents hémorragiques rares
- 8us24 : bonnes informations délivrées par les laboratoires
- 8us25 : méfiant au début
- 8us26 : absence d'antidote
- 8us27 : risque d'insuffisance rénale
- 8us28 : risque d'insuffisance hépatique
- 8us29 : risque d'oublier la surveillance biologique
- 8us30 : risque d'être moins vigilants
- 8us31 : bonne tolérance
- 8us32 : risque d'oublier la surveillance biologique
- 8us33 : suivi plus simple
- 8us34 : évitent l'INR mensuel
- 8us35 : évitent de rappeler aux patients de faire leur INR
- 8us36 : évitent les difficultés d'équilibre des INR
- 8us37 : gain de temps
- 8us38 : moins de charge de travail
- 8us39 : évitent les difficultés d'équilibre des AVK
- 8us40 : plus simple d'utilisation
- 8us41 : risque d'être plus négligent quant à la surveillance des patients
- 8us42 : pas adaptés aux personnes âgées
- 8us43 : un progrès
- 8us44 : surveillance moins systématique
- 8us45 : plus faciles d'utilisation

8us46 : risque d'insuffisance rénale
8us47 : risque d'oublier de surveiller la fonction rénale lors d'épisodes aigus
8us48 : plus pratique
8us49 : plus confortable pour le médecin
8us50 : plus de situations à risques
8us51 : patients satisfaits
8us52 : pas d'intolérances des patients
8us53 : patients supportent bien ce médicament
8us54 : pas le souhait d'introduire un AOD
8us55 : nécessitent que le diagnostic soit posé par un spécialiste
8us56 : introduction par le spécialiste
8us57 : nécessitent de confirmer l'ECG par un cardiologue
8us58 : peu de patients concernés
8us59 : à l'aise avec la prescription
8us60 : moins d'inquiétudes
8us61 : pas eu de problèmes particuliers
8us62 : bonne tolérance digestive
8us63 : évitent le souci des patients plus difficile à piquer
8us64 : posent moins de problèmes que les AVK
8us65 : moins d'inquiétudes
8us66 : pas d'intolérances des patients
8us67 : rassurant pour le médecin

Catégories E8

Catégories totales = 93 (N92 + 1NC)

Dont catégories concordantes totales = 27

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

1- Deuxième intention

2- Deuxième prescripteur : 8us1, 8us2, 8us14, 8us15, 8us56

3- Intégrités des reins

4- Questions sans réponses

5- Souhait d'être le premier prescripteur

6- Méfiance : 8us25

7- Manque de recul : 8us12, 8us 13

8- Surveillance non sécurisante

9- Surdosage dangereux

10- Patient type/ Contexte type

11- Efficient

12- Suivi simplifié : 8us33, 8us34, 8us35, 8us36, 8us39, 8us44, 8us63

13- Prescription simplifiée : 8us59

14- Indications questionnées

15- Inconnu des patients

16- Pas d'expérience négative : 8us61

17- Simplicité : 8us40, 8us45, 8us48

18- Possibilité d'être premier prescripteur

19- Pas efficient

20- Garantie de sécurité

21- Progrès : 8us43

22- Manques d'informations/ connaissance

23- Coûteux

24- Interrogation sur l'efficience

25- Toxicité rénale : 8us27, 8us46

26- Manque de formation

27- Précaution d'emploi : 8us8, 8us10, 8us50

28- Utilisation simplifiée pour les spécialistes

29- Prescription subie

30- Manque d'adhésion du patient

31- Nouvelle alternative

32- Effets secondaires

33- Absence d'antidote : 8us11, 8us26

34- Littérature non convaincante

35- Sentiment d'inconfort

36- Pas d'amélioration du service médical rendu

37- Remis en cause par les spécialistes : 8us7

38- Risque hémorragique

39- Questionnement des patients

40- Nécessité d'une certitude diagnostique avant prescription

41- Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue) : 8us55, 8us57

- 42- **Avantageux par rapport aux AVK : 8us19, 8us64**
- 43- **Sérénité : 8us60, 8us65, 8us67**
- 44- Identique aux AVK
- 45- **Pas le souhait d'être premier prescripteur : 8us54**
- 46- Moins coûteux
- 47- **Sentiment de confort : 8us49**
- 48- **Satisfaction des patients : 8us5, 8us51**
- 49- Bonne observance des patients
- 50- **Manque d'expérience : 8us9, 8us20, 8us58**
- 51- **Toxicité hépatique : 8us28**
- 52- Interrogation sur le coût réel
- 53- **Réticence chez les personnes âgées : 8us42**
- 54- **Favorable à leur utilisation : 8us21**
- 55- A priori négatif du personnel soignant
- 56- Médias non convainquant
- 57- Altère la relation médecin/patient
- 58- **Influence positive des spécialistes : 8us16**
- 59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique
- 60- Élimination plus longue
- 61- Doute sur sécurité
- 62- Rapport coût/efficacité positif
- 63- Insuffisamment prescrit
- 64- Sentiment d'angoisse
- 65- Influence positive des confrères médecins généralistes
- 66- Utilisation de tous/ubiquitaire
- 67- Priorisation d'un AOD
- 68- Indications connues et validées
- 69- Adaptabilité des doses
- 70- Surveillance nécessaire
- 71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes
- 72- Engouement des cardiologues
- 73- Sentiment de confiance
- 74- **Information médicale existante et accessible : 8us22, 8us24**
- 75- Littérature convaincante
- 76- **Gain de temps de travail médical : 8us37, 8us38**
- 77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique /d'un suivi moins simplifié
- 78- Crainte d'être obligé de prescrire
- 79- Pratique de plus en plus fréquente
- 80- Sentiment de peur
- 81- Utilisation à court terme
- 82- Manque de contrôle
- 83- Suivi moins satisfaisant
- 84- Maniement difficile
- 85- Satisfaction personnelle
- 86- Besoin d'amélioration
- 87- **Risque d'être négligent: 8us29, 8us30, 8us32, 8us41, 8us47**
- 88- Risque d'être moins actif
- 89- Augmente délai chirurgicaux
- 90- Prise des médicaments facilité
- 91- Mécanisme d'action différent

92- Absence de gain de temps

**93- Bonne tolérance: 8us3, 8us4, 8us6, 8us17, 8us18, 8us23,
8us31, 8us52, 8us53, 8us62, 8us66**

} + 1 nouvelle catégorie
1 CC / 1NC

Entretien 9

Présentation du médecin

Femme, 32 ans

Spécialité : Médecine générale, avec un DU gynécologie

En exercice depuis 2013, en cabinet libéral dans une maison médicale multidisciplinaire

Population soignée : général, de type semi-rural

Entretien

NB : Les annotations entre crochets sont des notes du rédacteur pour l'identification des unités de sens.

- *Est-ce que vous pouvez me parler de votre situation, où vous avez été amenée à utiliser un des AOD ?*

- Alors moi, c'est vrai que je suis peu de patients qui sont sous ces, ces NACO [9us1]. Je dois en avoir, je ne sais pas... Même pas une dizaine au final [9us2]. Mais oui j'ai une situation qui m'a un peu plus marquée que les autres. J'en parle là ?

- *Oui, oui allez-y.*

- Alors, c'était une patiente, une patiente de 75 ans, très autonome. Elle avait entre autre une FA, anti coagulé par un, un classique, un AVK. Et bon jusque-là tout allait bien. Alors c'est vrai que pour les INR c'était un peu galère... [9us3] On devait souvent modifier la dose [9us4] de son Préviscan pour essayer, je dis bien essayer d'être dans la cible [9us5]. C'est quand même une sacrée galère ces INR là [9us6]. Puis du coup, eh bien plus de prises de sang quand on n'arrive pas à être dans la cible. Eh oui, la patiente commençait à avoir les bras bleus, je ne rigole pas...La pauvre, elle me montrait ses avant-bras la pauvre [9us7]! Mais c'était une gentille patiente, qui écoutait bien ce qu'on lui disait et qui modifiait son traitement dès que l'INR n'était pas bon. Elle avait bien compris le principe.

- *D'accord.*

- Et puis un jour, elle est allée voir son cardiologue, pour un suivi, le suivi annuel quoi. Et c'est vrai que j'ai remarqué que les cardiologues ils aiment bien ces médicaments, les NACO [9us8]. Depuis quelque temps j'ai l'impression qu'ils ne prescrivent plus que ça... [9us9] Enfin du coup la patiente, au bout de trente minutes, je dis trente mais surement moins... Enfin elle est ressortie avec du ... C'était, je regarde il me semble que c'était du Xarelto. Oui voilà, Xarelto ! [(9us10]. Sans trop me demander d'ailleurs. Mais bon voilà du jour au lendemain c'était du Xarelto [9us11]. Je ne savais plus si c'était Xarelto ou Pradaxa, mais au final c'est souvent du Xarelto quand même. Je n'ai pas eu trop à utiliser les autres [9us12]. C'est comment déjà, le troisième ?

- *Eliquis ?*

- Oui voilà Eliquis, celui-là je ne l'ai jamais utilisé. Je le connais pas trop celui-là, c'est une fois par jour comme le Xarelto ? [9us13]

- *Non du coup, celui-là c'est deux fois par jour oui.*

- Ah oui. C'est vrai que je les connais pas encore très bien il faut avouer. J'ai plus eu affaire au Xarelto pour l'instant. [9us14]

- *D'accord. Et comment elle a pris son changement de traitement la patiente ?*

- Oui ! Oui la patiente ! Alors au début, c'était beaucoup de changement pour elle [9us15]. Elle me posait pas mal de question au cabinet [9us16]. Elle ne comprenait pas qu'il n'y ait plus besoin de faire de prise de sang, qu'on ne devait pas modifier la dose. Puis elle avait lu la liste des effets secondaires, évidemment, comme tout le monde, et il y en a plus d'un, il ne faut pas oublier [9us17]. Donc elle était aussi assez méfiante [9us18]. Puis au bout de quelques temps, quelques mois, elle a compris quand même que c'était plus simple [9us19]. Plus besoin de prises de sang [9us20], et ça c'est quand même plus confortable pour le patient [9us21]. Ça lui allait bien oui ! [9us22] Il y a pleins de choses, elle était moins dépendante de l'infirmière qui passe à la maison aussi [9us23] et moi du labo qui t'appelle tous les quatre matins [9us24]. Et puis tout ça sans gros problèmes de tolérances [9us25], déjà elle avait moins de bleus sur les bras [9us26]! Non, non faut dire que c'est quand même plus pratique pour les patients [9us27]. Ils sont plutôt satisfaits j'ai l'impression [9us28].

- *Vraiment ?*

- Ah oui ! Ben c'est du changement pour eux [9us29]. Enfin pour nous aussi d'ailleurs, ça ne fait quand même pas très longtemps qu'ils sont sur le marché [9us30]. Mais les patients pour le moment ça se passe bien, oui je crois qu'ils sont bien avec ça [9us31]. J'ai l'impression que c'est bien toléré [9us32], je n'ai pas eu trop de plaintes, ou d'effets secondaires ou autres [9us33]. Enfin je réfléchis si j'en ai d'autres...

- *Et cette patiente du coup, ça se passait bien sous Xarelto ?*

- Ah oui, oui très bien. C'est vrai que le début a été un peu compliqué parce que au final, même si c'était pénible, elle s'était habituée à ses prises de sang régulières au bout d'un moment. Et je crois que quand le médecin lui a changé de traitement, pour les INR compliqué d'ailleurs, et bien elle n'a pas trop compris [9us34]. La première fois elle m'a posé pas mal de questions [9us35]. Comme si elle n'était pas trop rassurée. C'est nouveau pour eux [9us36], c'est nouveau pour nous.

- *Et vous comment vous avez pris la prescription ?*

- Beh j'ai été un peu surprise au début [9us37]. C'est vrai qu'on avait un peu du mal à l'équilibrer mais comme elle se gérait un peu toute seule, je n'avais pas tout les problèmes de l'appeler tout le temps, de la voir tout le temps [9us38]. C'est vrai que ça peut-être chronophage au début, les INR, l'appel de l'infirmière... [9us39] C'est vrai que ça peut-être chiant, c'est très pénible. Il faut essayer d'être dans la cible mais... [9us40] Mais enfin là le cardiologue a décidé que c'était mieux qu'elle soit sous Xarelto, pour éviter tout ça [9us41]. Et puis au final, elle est contente [9us42], mais au début c'était compliqué de lui expliquer ce nouveau médicament [9us43]. Et puis du jour au lendemain, ne plus faire de contrôle sanguin pour les INR, c'est un peu bizarre. Je sais qu'ils sont différents ces NACO, qu'ils ne marchent pas pareil ! Mais c'est bizarre de ne pas contrôler l'INR [9us44]. J'ai eu un peu cette impression désagréable de moins la surveiller [9us45]. C'est un peu ça aussi, on contrôle moins ce qu'il se passe [9us46]. Et comment savoir si le patient prend bien son médicament [9us47] ? Quand on a un patient qui est dans la cible, on est satisfait, on sait qu'il le prend son médicament, on sait que c'est efficace [9us48]. Mais quand il n'y a plus de contrôles comment savoir ?

- *C'est vrai qu'on a plus de moyen de juger de l'observance...*
 - C'est ça, on ne peut pas juger l'observance du patient [9us49]. Même si cette petite dame je suis sûre qu'elle le prend bien. C'est une patiente très sérieuse en ce qui concerne sa santé. Mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Et puis on n'a pas le moyen de savoir si le traitement est efficace [9us50]. Ce n'est pas très rassurant [9us51].

- *Vous avez l'impression de moins surveiller les patients ?*
 - Oui c'est ça, il y a clairement un manque de contrôle [9us52]. Bon si il y a la fonction rénale à surveiller de temps en temps [9us53]. Et la fonction hépatique [9us54]. Mais c'est vrai que ça ce n'est pas encore très limpide. Oui c'est vrai, je ne sais pas, mais je me dis... Je ne sais pas vraiment à quelle fréquence il faut surveiller la fonction rénale et la fonction hépatique. Je sais qu'effectivement c'est, comment dire, néphrotique et hépatotoxique. Mais comment je surveille mes patients moi ? [9us55] Il faudrait que je relise un peu des choses là-dessus. Voilà mais tout ça n'est pas encore très clair.

- *D'accord, et est-ce que vous avez déjà introduit un AOD ?*
 - Non non, jamais [9us56], à chaque fois c'était l'angiologue, ou le cardiologue, ou alors à la suite d'une hospitalisation [9us57]. Mais moi non je n'ai jamais introduit de moi-même un NACO.

- *Et est-ce que vous auriez envie d'en introduire ?*
 - Ah... (Soupir) Là non, pas tout de suite, non c'est vrai que je ne me sentirai pas d'introduire un de ces nouveaux... [9us58] Enfin c'est encore un peu nouveau [9us59]. On n'a encore pas trop l'habitude de les utiliser [9us60]. Et puis finalement on a quand même souvent besoin que le patient soit vu par un cardiologue, ou un angiologue... [9us61] Enfin je veux dire, la phlébite par exemple, si j'ai une suspicion, j'appelle l'angiologue qui n'est pas loin du cabinet, et c'est lui qui mettra le Xarelto une fois qu'il aura vu la patiente [9us62]. Et puis si il peut le voir que le lendemain, et ben je lui ferai une injection de Lovenox mais du coup le Xarelto vient en deuxième ligne [9us63]. On ne va pas tout de suite mettre un AOD [9us64]. Et puis la FA c'est pareil, soit il va chez le cardiologue, soit il ira aux urgences. On a un ECG au cabinet, mais je ne me sentirai pas de faire la démarche diagnostic toute seule. Et puis nos cardiologues ils sont accessibles, ils peuvent recevoir en urgence un patient [9us65]. Et puis au pire, si ça ne va pas, il y a les urgences. Donc non, non au final on ne les introduit pas et je ne pense pas que ça se fera pas tout de suite. Enfin je ne vois pas comment. Il faut connaître ses limites [9us66].

- *Et vous introduisez au cabinet des AVK ?*
 - Euh, non, enfin, si ça m'est arrivé une fois ou deux. Mais c'est un peu pareil en général, on a besoin d'une confirmation diagnostic avant de les utiliser. Et finalement quel que soit le type d'anticoagulation choisi. En pratique on utilise plutôt le Lovenox, enfin une HBPM, puis les AVK ou les AOD viennent en seconde intention [9us67].

- *Est-ce que quand vous re-prescrivez les médicaments, enfin les NACO, vous vous sentez à l'aise avec cette prescription ?*
 - Oui et non. Je tâtonne un peu pour l'instant, je suis encore un peu méfiante [9us68]. Et puis le gros problème est qu'ils n'ont pas d'antidote [9us69]. Et je pense que s'il y a une grosse complication hémorragique, et bien, ça devient compliqué... [9us70] On peut se retrouver dans une impasse. Le pronostic vital peut-être plus engagé qu'avec un AVK

classique pour lequel on a un antidote. [9us71] Mais après pour le moment je n'ai pas eu de gros problèmes hémorragiques, la question de l'antidote, ou non, ne s'est pas posée. Pour le moment ça se passe plutôt bien alors on est content [9us72]. Puis au début, j'avais lu quelques articles dans des revues, notamment dans *Prescrire*, vous les connaissez sans doute ? Ils aiment bien critiquer (Rires). Enfin, eh bien oui, ça n'engageait pas beaucoup à les utiliser [9us73]. Et puis à force, à force aussi que les cardiologues les utilisent sans que ça ne pose de problèmes, enfin de ce que j'ai l'impression, on se dit pourquoi pas [9us74]. Et même autour de nous, quand on en discute, certains médecins sont très réfractaires, mais d'autres sont plutôt optimistes sur ce médicament. Et ils les utilisent, ils sont moins nombreux je pense, mais... [9us75] Puis j'ai pu lire d'autres articles, d'autres études. C'est plutôt positif. On commence à avoir des retours positifs j'ai l'impression, entre les études, les habitudes des cardiologues, de nos confrères [9us76].

- *Donc vous vous sentez plutôt à l'aise avec leur utilisation ?*

- Oui, absolument. Enfin pour l'instant. Mais je reste attentive [9us77]. Il faut quand même être un peu prudent [9us78]. Il y a plusieurs choses avec ces NACO. D'un côté il y a ce gros côté positif où la prescription est quand même plus simple [9us79]. On n'a pas ce souci des équilibres des INR. C'est une grosse contrainte parce que ça prend du temps, de l'énergie et des fois on se bat avec les patients pour qu'ils comprennent que c'est important d'aller refaire une prise de sang [9us80]. Et puis il y a quand même ce côté, oui un côté positif où l'on a peu de recul, pas suffisamment encore je pense [9us81], ça viendra. Et bien sur l'absence d'antidote qui reste un problème en cas d'hémorragies importantes [9us82]. Et puis il y a des patients qui entendent aussi ce que disent les médias, qui lisent sur internet, ah internet... C'est une catastrophe pour ça, il n'y a pas de filtre, aucun filtre ! Bref. Et ils voient aussi que c'est nouveau tout ça pour nous. Du coup, ça ne manque pas, ils posent beaucoup de questions [9us83] et c'est vrai qu'on ne les connaît pas très bien encore, alors pour donner des réponses claires, précises ce n'est pas toujours évident [9us84].

- *Et si vous, vous aviez une indication à avoir une anticoagulation, quel type d'anticoagulant souhaiteriez-vous ?*

- Pour moi ? (Rires) Alors si moi j'avais, oh non j'en ai pas encore besoin ! Je touche du bois. Alors, ah tiens si moi je devais avoir une anticoagulation ? Et bien je pense que je choisirai un des nouveaux là, Xarelto, Pradaxa. C'est quand même plus confortable pour le patient, et pour moi [9us85]. Je me renseignerai bien sûr, je demanderais un avis auprès d'un confrère cardiologue. Mais je n'hésiterai pas longtemps je crois, j'ai plutôt confiance. [9us86] Je reconnais que j'ai une certaine réticence quand même, surtout au début quand ils sont sortis [9us87] Mais il faut avouer que c'est plus confortable pour le patient par rapport aux AVK. Et c'est important le confort du patient [9us88]. Et si on parle de mon cas et une anticoagulation, on peut dire que je suis un patient jeune, j'espère, et du coup ça me paraît moins être un problème [9us89]. Pour l'instant, oui c'est quand même plus rassurant pour les patients jeunes, les patients avec peu de comorbidités [9us90]. Je pense que l'on prend moins de risques. Il faut quand même être attentif. Mais à titre personnel ça me ferait quand même suer d'avoir des prises de sang tous les quatre matins.

- *Pour vous est-ce que les AOD sont un progrès ?*

- Oui, probablement c'est peut-être encore un peu tôt pour juger [9us91]. Ça peut représenter un progrès chez les personnes qui sont difficiles à piquer ou chez des

personnes dont la gestion des anticoagulants est compliquée. Euh je pense en particulier à des personnes âgées surtout, qui n'ont plus de veines. Là effectivement peut-être que c'est mieux mais voilà, attention au prix d'un risque hémorragique qui est plus important où l'on n'a pas d'antidote [9us92].

- *Dans votre patientèle vous n'avez jamais eu de complications ?*

- Non, non c'est vrai, bon j'ai peu de patients concernés au final, mais pour l'instant ça se passe bien [9us93]. Mais je pense qu'on ne les met pas à n'importe qui non plus. C'est des patients soit jeunes pour une phlébite, soit des patients d'une soixantaine d'années qui font leur fibrillation auriculaire, autonomes, cortiqués, sans d'énormes comorbidités, et qui arrivent quand même à bien gérer leur traitement. [9us94]

Unité de sens E9

N_{us} = 94

- 9us1 : peu de patients avec du Xarelto dans sa patientèle
- 9us2 : moins d'une dizaine de patients dans la patientèle
- 9us3 : évitent de gérer les déséquilibres d'INR
- 9us4 : évitent de modifier les doses
- 9us5 : évitent de respecter une cible d'efficacité thérapeutique
- 9us6 : évitent de gérer les déséquilibres d'INR
- 9us7 : évitent les prises de sang répétées
- 9us8 : beaucoup utilisés par les cardiologues
- 9us9 : prescrits fréquemment par les cardiologues
- 9us10 : introduction par le cardiologue
- 9us11 : avis du médecin généraliste non demandé lors de l'introduction
- 9us12 : utilisation plus fréquente du Xarelto
- 9us13 : peu de connaissance sur l'Eliquis
- 9us14 : utilisation plus fréquente du Xarelto
- 9us15 : changement d'habitude pour le patient
- 9us16 : questionnement des patients
- 9us17 : risques d'effets secondaires
- 9us18 : méfiance des patients
- 9us19 : plus simple pour les patients
- 9us20 : évitent les prises de sang
- 9us21 : plus confortable pour les patients
- 9us22 : patients satisfaits de la prescription
- 9us23 : évitent d'être dépendant du passage d'une infirmière
- 9us24 : évitent de surveiller l'INR pour les patients
- 9us25 : bonne tolérance
- 9us26 : moins d'ecchymoses
- 9us27 : plus pratique pour les patients
- 9us28 : patients satisfaits de la prescription
- 9us29 : nouveaux pour les patients
- 9us30 : nouvelle molécule dans l'arsenal thérapeutique
- 9us31 : pas d'expérience négative avec les patients
- 9us32 : bonne tolérance des patients
- 9us33 : pas de plaintes fonctionnelles des patients
- 9us34 : pas très connus par les patients
- 9us35 : posent beaucoup de questions auprès des patients
- 9us36 : nouvelles molécules
- 9us37 : surpris de la prescription
- 9us38 : évitent de gérer l'équilibre des INR
- 9us39 : moins chronophages
- 9us40 : évitent de gérer le déséquilibre des INR
- 9us41 : introduction par le cardiologue
- 9us42 : patients satisfaits de la prescription
- 9us43 : besoin de donner des explications aux patients
- 9us44 : fonctionnement différents que les AVK
- 9us45 : moins de surveillance du patient

9us46 : moins de contrôle
9us47 : moins de contrôle de l'observance thérapeutique
9us48 : moins de perception de l'efficacité thérapeutique (par l'absence de contrôle de l'INR qui doit être dans la cible)
9us49 : moins de contrôle de l'observance du patient
9us50 : pas de moyen de savoir si le traitement est efficace
9us51 : pas rassurant
9us52 : manque de contrôle
9us53 : nécessitent une surveillance de la fonction rénale
9us54 : nécessitent une surveillance de la fonction hépatique
9us55 : manque de connaissance sur les modalités de surveillance de la fonction rénale et hépatique
9us56 : jamais d'introduction par le médecin généraliste
9us57 : introduction par l'angiologue/ le cardiologue ou lors d'une hospitalisation
9us58 : pas envie d'introduire un AOD
9us59 : trop nouveaux pour les introduire au cabinet
9us60 : pas l'habitude de les utiliser
9us61 : besoin que le patient soit vu par l'angiologue ou le cardiologue avant l'introduction
9us62 : besoin de confirmer le diagnostic avant d'introduire un AOD
9us63 : pas un médicament à introduire en urgence
9us64 : utiles en seconde intention
9us65 : besoin que le diagnostic soit confirmé par le cardiologue avant l'introduction
9us66 : pas d'introduction par les médecins généralistes
9us67 : utiles en seconde intention
9us68 : méfiance
9us69 : pas d'antidote
9us70 : difficulté de prise en charge lors de complications hémorragique par l'absence d'antidote
9us71 : risque de décès par absence d'antidote
9us72 : pas de complications avec les AOD
9us73 : littérature non rassurante
9us74 : rassuré par l'utilisation fréquente des cardiologues
9us75 : rassuré par l'utilisation fréquente d'autres médecins généralistes
9us76 : informations (littérature, articles) rassurantes
9us77 : nécessitent de rester attentif
9us78 : nécessitent d'être prudent
9us79 : prescription plus simple
9us80 : évite de gérer le déséquilibre des INR
9us81 : manque de recul
9us82 : absence d'antidote
9us83 : beaucoup de questionnement des patients
9us84 : manque de connaissance
9us85 : plus confortable pour le patient
9us86 : confiance en ces AOD
9us87 : réticent au début
9us88 : plus confortable pour le patient
9us89 : indiqués pour des patients jeunes
9us90 : indiqués quand peu de comorbidités
9us91 : représente un progrès
9us92 : risque hémorragique plus important du fait de l'absence d'antidote

9us93 : pas de complications

9us94 : pas indiqué pour n'importe quel patients (patient jeune, peu de comorbidités)

Catégories E9

Catégories totales = 93 (Saturation)

Dont catégories concordantes totales = 39

NB : les catégories concordantes inter investigateurs sont repérées en gras

- 1- Deuxième intention: 9us63, 9us64, 9us67**
- 2- Deuxième prescripteur: 9us9, 9us41, 9us56, 9us57, 9us66**
- 3- Intégrités des reins
- 4- Questions sans réponses
- 5- Souhait d'être le premier prescripteur
- 6- Méfiance : 9us51, 9us68, 9us87**
- 7- Manque de recul : 9us81**
- 8- Surveillance non sécurisante : 9us45**
- 9- Surdosage dangereux
- 10- Patient type/ Contexte type: 9us89, 9us90, 9us94**
- 11- Efficient
- 12- Suivi simplifié: 9us3, 9us5, 9us6, 9us7, 9us20, 9us24, 9us38, 9us40, 9us80**
- 13- Prescription simplifiée : 9us4, 9us79**
- 14- Indications questionnées
- 15- Inconnu des patients : 9us15, 9us34**
- 16- Pas d'expérience négative : 9us31, 9us72**
- 17- Simplicité : 9us19**
- 18- Possibilité d'être premier prescripteur
- 19- Pas efficient
- 20- Garantie de sécurité
- 21- Progrès : 9us91**
- 22- Manques d'informations/ connaissance : 9us13, 9us55, 9us84**
- 23- Coûteux
- 24- Interrogation sur l'efficience
- 25- Toxicité rénale : 9us53**
- 26- Manque de formation
- 27- Précaution d'emploi : 9us77, 9us78**
- 28- Utilisation simplifiée pour les spécialistes
- 29- Prescription subie : 9us11**
- 30- Manque d'adhésion du patient : 9us18**
- 31- Nouvelle alternative: 9us29, 9us30, 9us36**
- 32- Effets secondaires: 9us17**
- 33- Absence d'antidote: 9us69, 9us70, 9us71, 9us82**
- 34- Littérature non convaincante : 9us73**
- 35- Sentiment d'inconfort
- 36- Pas d'amélioration du service médical rendu
- 37- Remis en cause par les spécialistes
- 38- Risque hémorragique : 9us92**
- 39- Questionnement des patients : 9us16, 9us35, 9us43, 9us83**
- 40- Nécessité certitude diagnostique avant prescription : 9us62**
- 41- Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue) : 9us61, 9us65, 9us74**

- 42- Avantageux par rapport aux AVK
- 43- Sérénité
- 44- Identique aux AVK
- 45- Pas le souhait d'être premier prescripteur : 9us58, 9us59**
- 46- Moins coûteux
- 47- Sentiment de confort : 9us85, 9us88**
- 48- Satisfaction des patients : 9us21, 9us22, 9us23, 9us27, 9us42, 9us28**
- 49- Bonne observance des patients
- 50- Manque d'expérience : 9us1, 9us2, 9us37, 9us60, 9us93**
- 51-Toxicité hépatique : 9us54**
- 52- Interrogation sur le coût réel
- 53- Réticence chez les personnes âgées
- 54- Favorable à leur utilisation
- 55- A priori négatif du personnel soignant
- 56- Médias non convainquant
- 57- Altère la relation médecin/patient
- 58- Influence positive des spécialistes
- 59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique
- 60- Élimination plus longue
- 61- Doute sur sécurité
- 62- Rapport coût/efficacité positif
- 63- Insuffisamment prescrit
- 64- Sentiment d'angoisse
- 65- Influence positive des confrères médecins généralistes : 9us75**
- 66- Utilisation de tous/ubiquitaire
- 67- Priorisation d'un AOD : 9us14
- 68- Indications connues et validées
- 69- Adaptabilité des doses
- 70- Surveillance nécessaire
- 71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes
- 72- Engouement des cardiologues : 9us8, 9us9**
- 73- Sentiment de confiance : 9us86**
- 74- Information médicale existante et accessible
- 75- Littérature convaincante : 9us76**
- 76- Gain de temps de travail médical : 9us39**
- 77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique /d'un suivi moins simplifié
- 78- Crainte d'être obligé de prescrire
- 79- Pratique de plus en plus fréquente
- 80- Sentiment de peur
- 81- Utilisation à court terme
- 82- Manque de contrôle: 9us46, 9us47, 9us48, 9us49, 9us50, 9us52**
- 83- Suivi moins satisfaisant
- 84- Maniement difficile
- 85- Satisfaction personnelle
- 86- Besoin d'amélioration
- 87- Risque d'être négligent
- 88- Risque d'être moins actif
- 89- Augmente délai chirurgicaux
- 90- Prise des médicaments facilitée
- 91- Mécanisme d'action différent : 9us44**

92- Perte de temps

93- Bonne tolérance: 9us25, 9us26, 9us32, 9us33

Annexe 7 : Ensemble des catégories et leurs unités de sens

Ensemble des catégories et unités de sens

1- Deuxième intention/ 6E / 22us

1us1, 1us3, 1us5, 1us16, 1us18, 1us46, 1us51, 1us52, 1us63, 1us64, 4us3, 4us4, 4us18, 5us68, 5us74, 6us55, 6us58, 6us60, 7us1, 9us63, 9us64, 9us67

2- Deuxième prescripteur/ 9E / 47us

1us2, 1us47, 2us2, 2us8, 2us11, 2us14, 2us18, 2us19, 2us29, 2us38, 2u41, 3us1, 3us2, 3us23, 3us25, 3us26, 3us27, 3us29, 3us51, 4us1, 4us2, 4us6, 4us7, 4us33, 4us56, 4us68, 4us69, 4us74, 5us5, 5us22, 5us69, 5us71, 5us73, 5us75, 6us1, 6us42, 7us2, 8us1, 8us2, 8us14, 8us15, 8us56, 9us9, 9us41, 9us56, 9us57, 9us66

3- Intégrités des reins/ 2E / 2us

1us4, 4us81

4- Questions sans réponses/ 1E / 3us

1us6, 1us81, 1us85

5- Souhait d'être le premier prescripteur/ 1E / 1us

1us7

6- Méfiance/ 9E / 22us

1us8, 1us9, 1us28, 2us15, 3us45, 3us47, 4us32, 4us37, 4us41, 4us42, 4us65, 5us76, 5us89, 6us24, 6us26, 6us30, 6us41, 7us18, 8us25, 9us51, 9us68, 9us87

7- Manque de recul/ 7E / 19us

1us10, 1us54, 1us56, 1us60, 3us44, 3us48, 3us43, 3us50, 3us52, 4us9, 4us39, 6us20, 6us29, 6us65, 6us72, 7us45, 8us12, 8us13, 9us81

8- Surveillance non sécurisante/ 4E / 9us

1us11, 1us12, 1us55, 1us58, 6us45, 6us46, 6us83, 7us42, 9us45

9- Surdosage dangereux/ 1E/ 2us

1us13, 1us83

10- Patient type/ Contexte type/ 8E / 29us

1us14, 1us15, 1us19, 1us27, 1us30, 1us33, 1us35, 1us36, 1us37, 1us45, 2us48, 2us49, 2us53, 3us14, 3us24, 4us12, 4us15, 4us15, 4us26, 4us43, 4us82, 4us91, 5us42, 6us21, 6us22, 7us32, 9us89, 9us90, 9us94

11- Efficient/ 4E / 15us

1us17, 1us67, 4us97, 4us105, 5us34, 5us36, 5us60, 6us4, 6us5, 6us6, 6us32, 6us49, 6us50, 6us51, 6us59

12- Suivi simplifié/ 9E / 48us

1us20, 1us21, 1us22, 1us23, 1us25, 1us44, 2us24, 2us25, 2us50, 2u54, 3us5, 3us6, 3us7, 3us8, 3us33, 3us34, 3us36, 4us30, 4us31, 4us45, 4us49, 4us50, 4us57, 4us58, 4us59, 4us60, 4us62, 4us89, 4us95, 5us40, 6us33, 7us52, 8us33, 8us34, 8us35, 8us36, 8us39, 8us44, 8us63, 9us3, 9us5, 9us6, 9us7, 9us20, 9us24, 9us38, 9us40, 9us80

13- Prescription simplifiée/ 4E / 10us

1us26, 1us29, 1us38, 1us40, 1us41, 1us42, 4us90, 8us59, 9us4, 9us79

14- Indications questionnées/ 3E / 4us

1us24, 4us7, 5us67, 5us72

15- Inconnu des patients/ 3E / 5us

1us31, 1us32, 2us34, 9us15, 9us34

16- Pas d'expérience négative/ 6E / 13us

1us34, 1us49, 3us37, 5us27, 5us28, 5us62, 5us63, 5us85, 6us2, 6us63, 8us61, 9us31, 9us72

17- Simplicité/ 7E / 16us

1us39, 1us43, 2us23, 3us9, 3us10, 3us22, 3us35, 4us51, 4us83, 4us88, 4us94, 5us50, 8us40, 8us45, 8us48, 9us19

18- Possibilité d'être premier prescripteur/ 5E / 14us

1us48, 1us50, 2us43, 3us28, 3us31, 4us64, 4us65, 4us70, 4us75, 4us76, 4us77, 4us78, 4us79, 5us79

19- Pas efficient/ 4E / 6us

1us53, 1us61, 2us51, 6us28, 7us4, 7us43

20- Garantie de sécurité/ 4E / 10us

1us57, 4us46, 4us47, 4us80, 4us86, 5us9, 5us52, 5us61, 5us78, 6us61

21- Progrès/ 7E / 14us

1us59, 1us62, 1us65, 1us68, 4us36, 4us87, 5us58, 6us31, 6us37, 6us38, 6us70, 7us35, 8us43, 9us91

22- Manques d'informations/ connaissances/ 7E / 32us

1us66, 1us71, 1us76, 1us78, 1us79, 1us82, 1us84, 2us10, 2us22, 2us27, 2u39, 2us33, 2us36, 2us45, 3us49, 3us17, 3us18, 3us42, 5us11, 5us13, 5us80, 5us82, 5us84, 5us90, 6us57, 7us5, 7us55, 7us67, 7us68, 9us13, 9us55, 9us84

23- Coûteux/ 4E / 9us

1us69, 1us70, 1us72, 3us16, 3us19, 5us46, 5us47, 7us60, 7us63

24- Interrogation sur l'efficience/ 2E / 3us

1us73, 1us74, 7us49

25- Toxicité rénale/ 6E / 7us

1us75, 3us54, 4us16, 7us33, 8us27, 8us46, 9us53

26- Manque de formation/ 2E / 2us

1us77, 6us40

27- Précaution d'emploi/ 6E / 9us

1us80, 3us13, 5us87, 7us22, 8us8, 8us10, 8us50, 9us77, 9us78

28- Utilisation simplifiée pour les spécialistes/ 1E / 3us

2us1, 2us5, 2us37

29- Prescription subie/ 3E / 4us

2us3, 2us13, 4us5, 9us11

30- Manque d'adhésion du patient/ 2E / 4us

2us4, 2us7, 2us9, 9us18

31- Nouvelle alternative/ 6E / 14us

2us6, 3us46, 4us19, 4us93, 6us71, 7us5, 7us7, 7us21, 7us23, 7us39, 7us50, 9us29, 9us30, 9us36

32- Effets secondaires/ 6E / 11us

2us12, 4us25, 4us29, 4us85, 4us103, 5us35, 6us75, 6us77, 7us3, 7us16, 9us17

33- Absence d'antidote/ 7E / 21us

2us16, 2us26, 4us54, 4us108, 5us10, 5us16, 5us32, 5us55, 6us8, 6us9, 6us14, 6us16, 6us52, 7us30, 7us31, 8us11, 8us26, 9us69, 9us70, 9us71, 9us82

34- Littérature non convaincante/ 3E / 3us

2us17, 4us40, 9us73

35- Sentiment d'inconfort/ 4E / 7us

2us20, 2us21, 2us44, 2us47, 4us53, 6us15, 7us11

36- Pas d'amélioration du service médical rendu/ 2E / 3us

2us28, 2us52, 4us48

37- Remis en cause par les spécialistes/ 3E / 3us

2us30, 4us107, 8us7

38- Risque hémorragique/ 5E / 13us

2us31, 4us106, 5us6, 5us7, 5us8, 5us17, 5us18, 6us10, 6us11, 6us53, 6us54, 6us69, 9us92

39- Questionnement des patients/ 3E / 7us

2us32, 2us35, 7us6, 9us16, 9us35, 9us43, 9us83

40- Nécessité certitude diagnostique avant prescription/ 2E / 2us

2us40, 9us62

41- Dépendance du spécialiste (cardiologue, angiologue)/ 5E / 10us
2us42, 2us46, 4us73, 4us84, 5us66, 5us70, 8us55, 8us57, 9us61, 9us65

42- Avantageux par rapport aux AVK/ 4E / 5us
3us4, 4us44, 5us39, 8us19, 8us64

43- Sérénité/ 2E / 7us
3us3, 3us11, 3us12, 3us14, 8us60, 8us65, 8us67

44- Identique aux AVK/ 2E / 4us
3us15, 3us32, 5us53, 5us54

45- Pas le souhait d'être premier prescripteur/ 4E / 6us
3us30, 6us43, 6us44, 8us54, 9us58, 9us59

46- Moins coûteux/ 3E / 8us
3u20, 3u21, 6us34, 6us35, 6us36, 7us46, 7us47, 7us55

47- Sentiment de confort/ 3E / 4us
3us22, 8us49, 9us85, 9us88

48- Satisfaction des patients/ 6E / 13us
3us38, 4us109, 5us59, 7us53, 7us57, 8us5, 8us51, 9us21, 9us22, 9us23, 9us27, 9us42, 9us28

49- Bonne observance des patients/ 1E / 1us
3us41

50- Manque d'expérience/ 6E / 23us
3us43, 4us63, 4us66, 4us67, 4us71, 4us72, 5us26, 5us64, 5us65, 7us8, 7us9, 7us10, 7us19, 7us20, 7us44, 8us9, 8us20, 8us58, 9us1, 9us2, 9us37, 9us60, 9us93

51- Toxicité hépatique/ 3E / 3us
3us53, 8us28, 9us54

52- Interrogation sur le coût réel/ 2E /6us
3us56, 7us48, 7us54, 7us56, 7us59, 7us62

53- Réticence chez les personnes âgées/ 4E / 7us
4us8, 4us10, 4us11, 4us13, 5us88, 7us34, 8us42,

54- Favorable à leur utilisation/ 3E / 6us
4us17, 4us52, 4us61, 5us81, 6us3, 8us21

55- A priori négatif du personnel soignant/ 1E / 5us
4us20, 4us23, 4us24, 4us27, 4us102

56- Médias non convainçants/ 1E / 3us
4us21, 4us22, 4us104

57- Altère la relation médecin/patient/ 2E / 3us

4us28, 6us82, 6us84

58- Influence positive des spécialistes/ 4E / 4us

4us34, 5us38, 8us16, 9us74

59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique/ 3E / 5us

4us35, 4us38, 4us100, 6us25, 7us64

60- Élimination plus longue/ 1E / 1us

4us55

61- Doute sur sécurité/ 2E / 3us

4us92, 6us27, 6us68

62- Rapport coût/efficacité positif/ 2E / 2us

4us96, 4us98

63- Insuffisamment prescrit/ 1E / 1us

4us99

64- Sentiment d'angoisse/ 1E / 1us

4us101

65- Influence positive des confrères médecins généralistes/ 2E / 2us

4us110, 9us75

66- Utilisation de tous/ubiquitaire/ 1E / 1us

5us1

67- Priorisation d'un AOD/ 3E / 4us

5us2, 5us19, 6us23, 9us14

68- Indications connues et validées/ 1E / 3us

5us3, 5us4, 5us86

69- Adaptabilité des doses/ 1E / 2us

5us12, 5us56

70- Surveillance nécessaire/ 1E / 2us

5us14, 5us15

71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes/ 1E / 4us

5us20, 5us21, 5us23, 5us25

72- Engouement des cardiologues/ 2E / 3us

5us24, 9us8, 9us9

73- Sentiment de confiance/ 2E / 3us

5us29, 5us33, 9us86

74- Information médicale existante et accessible/ 3E / 9us
5us30, 5us31, 5us83, 7us12, 7us13, 7us14, 7us66, 8us22, 8us24

75- Littérature convaincante/ 2E / 2us
5us37, 9us76

76- Gain de temps de travail médical/ 3E / 7us
5us41, 5us43, 5us44, 5us51, 8us37, 8us38, 9us39

77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique /d'un suivi moins simplifié/ 1E / 1us
5us45

78- Crainte d'être obligé de prescrire/ 1E / 3us
5us48, 5us49, 5us57

79- Pratique de plus en plus fréquente/ 2E / 2us
5us77, 6us62

80- Sentiment de peur/ 2E / 3us
6us7, 7us15, 7us25

81- Utilisation à court terme/ 1E / 5us
6us12, 6us13, 6us17, 6us18, 6us19

82- Manque de contrôle/ 3E / 14us
6us39, 6us47, 6us74, 6us78, 7us26, 7us27, 7us28, 7us29, 9us46, 9us47, 9us48, 9us49, 9us50, 9us52

83- Suivi moins satisfaisant/ 1E / 1us
6us48

84- Maniement difficile/ 2E / 6us
6us56, 6us67, 6us73, 6us76, 6us79, 7us24

85- Satisfaction personnelle/ 1E / 1us
6us64

86- Besoin d'amélioration/ 1E / 1us
6us66

87- Risque d'être négligent/ 2E / 6us
6us80, 8us29, 8us30, 8us32, 8us41, 8us47

88- Risque d'être moins actif/ 1E / 1us
6us81

89- Augmente les délais chirurgicaux/ 1E / 1us
7us17

90- Prise des médicaments facilitée/ 1E / 6us
7us36, 7us37, 7us38, 7us40, 7us41, 7us58

91- Mécanisme d'action différent/ 2E / 2us
7us51, 9us44

92- Absence de gain de temps / 1E / 1us
7us61

93- Bonne tolérance/ 2E / 15us

8us3, 8us4, 8us6, 8us17, 8us18, 8us23, 8us31, 8us52, 8us53, 8us62, 8us66, 9us25, 9us26,
9us32, 9us33

Annexe 8 : Thèmes principaux et catégories

NB : « C » signifie catégorie et est suivie par le numéro de la catégorie correspondant

Thème 1 : Menace pour l'identité professionnelle du médecin

1. Rôle du médecin généraliste arrive dans un deuxième temps

C2- Deuxième prescripteur

C41- Dépendance du spécialiste

C40- Nécessité certitude diagnostique avant prescription

C5- Souhait d'être le premier prescripteur

C29- Prescription subie

C45- Pas le souhait d'être premier prescripteur

C18- Possibilité d'être premier prescripteur

2. Sentiment de perte de contrôle

C82- Manque de contrôle

3. Une sensation de privation de liberté

C77- Crainte de devoir mettre en place une surveillance biologique /d'un suivi moins simplifié

C78- Crainte d'être obligé de prescrire

4. Menace la relation médecin malade

C57- Altère la relation médecin/patient

C87- Risque d'être négligent

C88- Risque d'être moins actif

Thème 2 : La décision du médecin généraliste est fragile

1. L'influence des spécialistes, des pairs et du personnel soignant

• Une influence positive

C58- Influence positive des spécialistes

C72- Engouement des cardiologues

C71- Priorisation d'un AOD par les spécialistes

C65- Influence positive des confrères médecins généralistes

C28- Utilisation simplifiée pour les spécialistes

• Une influence négative

C37- Remis en cause par les spécialistes

C55- A priori négatif du personnel soignant

2. Sources d'informations

C74- Information médicale existante et accessible

C34- Littérature non convaincante

C56- Médias non convainquant

C75- Littérature convaincante

3. Le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique

C10- Patient type/ Contexte type
C53- Réticence chez les personnes âgées
C81- Utilisation à court terme
C1- Deuxième intention
C15- Inconnu des patients
C39- Questionnement des patients
C30- Manque d'adhésion du patient
C48- Satisfaction des patients

4. L'influence du coût

C52- Interrogation sur le coût réel
C23- Coûteux
C46- Moins coûteux
C62- Rapport coût/efficacité positif
C59- Promotion abusive par l'industrie pharmaceutique
C63- Insuffisamment prescrit

5. L'influence de leur propre ressenti

C80- Sentiment de peur
C35- Sentiment d'inconfort
C64- Sentiment d'angoisse

Thème 3 : Une alternative cependant séduisante

1. Des médicaments qui ont fait leurs preuves

C31- Nouvelle alternative
C21- Progrès
C11- Efficace
C20- Garantie de sécurité
C16- Pas d'expérience négative
C49- Bonne observance des patients
C93- Bonne tolérance

2. Pas de réticence à leur utilisation

C54- Favorable à leur utilisation
C73- Sentiment de confiance
C43- Sérénité
C79- Pratique de plus en plus fréquente
C66- Utilisation de tous/ubiquitaire
C67- Priorisation d'un AOD
C68- Indications connues et validées

3. Une facilité d'emploi

C12- Suivi simplifié
C17- Simplicité
C70- Surveillance nécessaire
C13- Prescription simplifiée
C90- Prise des médicaments facilité
C69- Adaptabilité des doses

C47- Sentiment de confort
C85- Satisfaction personnelle
C76- Gain de temps de travail médical
C42- Avantageux par rapport aux AVK

Thème 4 : Persiste une difficulté de changement d'habitude

1. La comparaison aux AVK

C91- Mécanisme d'action différent
C60- Élimination plus longue
C44- Identique aux AVK
C92- Absence de gain de temps

2. Perception des risques et domination du risque hémorragique

C38- Risque hémorragique
C33- Absence d'antidote
C9- Surdosage dangereux
C32- Effets secondaires
C89- Augmente délais chirurgicaux
C25- Toxicité rénale
C51- Toxicité hépatique
C3- Intégrités des reins

3. Perçus encore comme trop récents

C7- Manque de recul
C50- Manque d'expérience
C22- Manques d'informations/ connaissance
C26- Manque de formation
C14- Indications questionnées
C4- Questions sans réponses

4. Doute sur l'efficacité et la sécurité

C24- Interrogation sur l'efficacité
C86- Besoin d'amélioration
C19- Pas efficient
C36- Pas d'amélioration du service médical rendu
C61- Doute sur sécurité
C8- Surveillance non sécurisante
C83- Suivi moins satisfaisant
C84- Maniement difficile

5. Accueil avec prudence

C6- Méfiance
C27- Précaution d'emploi

VIII. RÉSUMÉ

RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS : ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE NEUF MÉDECINS EN LOIRE ATLANTIQUE

Introduction : L'arsenal thérapeutique des anticoagulants oraux disponible pour le médecin généraliste s'est vu profondément modifié depuis l'arrivée des AOD en 2008. Ils visent à remplacer les AVK dans leurs indications, sans leurs inconvénients. Bien que rarement à l'initiative d'un AOD, le médecin généraliste occupe un rôle central dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant. L'objectif de ce travail a été d'évaluer leur ressenti sur cette nouvelle classe thérapeutique.

Méthode : Le ressenti des médecins généralistes a été exploré par une approche qualitative. Neuf médecins ont été interrogés d'octobre 2014 à mai 2015 permettant d'atteindre la saturation des données. L'analyse des résultats a été faite par double codage.

Résultats : Cette enquête a permis de révéler quatre pistes de réflexion à partir de 93 catégories. L'arrivée des AOD semble déstabiliser l'identité du médecin généraliste habitué à occuper une place privilégiée dans la relation médecin/malade. Sa décision thérapeutique est encore fragile car soumise à de nombreuses influences (spécialistes, patient, coût des AOD). Bien que cette nouvelle alternative semble séduisante, leur permettant un exercice simplifié, les médecins généralistes ressentent encore de grandes difficultés à modifier leurs habitudes de prescription et expriment une grande méfiance pour diverses raisons : un manque de recul et d'expérience, des doutes sur la sécurité et l'efficacité et la crainte du risque hémorragique en raison de l'absence d'un antidote spécifique.

Discussion : Cette étude qualitative avec une méthode rigoureuse aura permis de faire émerger un ressenti global des médecins généralistes. Malgré un progrès scientifique établi et des essais cliniques rassurants dans certaines indications, les médecins généralistes ne semblent pas encore prêts à changer leurs habitudes de pratique. Plus de recul, plus de données dans la pratique réelle et l'apparition d'un antidote spécifique permettra sans doute d'atténuer cette méfiance générale.

Mots clefs : Anticoagulants oraux directs, ressenti, enquête qualitative, médecins généralistes

GENERAL PRATICONNERS OVERALL IMPRESSIONS ON DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS: A QUALITATIVE SURVEY ON NINE PRATICIONERS IN LOIRE ATLANTIQUE

Purpose: The therapeutic armamentarium of oral anticoagulants available for general practitioners (GP) has been profoundly changed since the arrival of Direct Oral Anticoagulants (DOAs) in 2008. Their aim is to replace Vitamin-K Antagonist (VKA) in their indications without any drawbacks. Although general practitioners rarely initiate DOAs, they have a central role in the management of patient with anticoagulant. The aim of this study was to evaluate GP's overall impressions on this new therapeutic class.

Method: GP's overall impressions was analyzed through a qualitative approach. Nine doctors were surveyed from October 2014 to May 2015 to reach data saturation. Analysis of the results was made by double coding.

Results: This survey revealed four areas of study out of 93 categories. The arrival of DOAs seems to destabilize the doctor in his identity. He has always had a privileged role in the doctor/patient relationship. His therapeutic decision is still fragile as subject to many influences. Although this new alternative seems attractive, allowing them a simplified medical treatment, general practitioners still seem rather reluctant to change their prescribing habits and express great distrust for various reasons: a lack of perspective and experience, doubts about the safety and efficiency, and fear of bleeding risk because of the absence of a specific antidote.

Conclusion: This qualitative research with a rigorous methodology has showed how GP's feel about this new treatment. Despite a definite scientific progress and reassuring clinical trials in certain indications, GPs do not yet seem ready to change their practice patterns. More perspective, more data issued from current practice and the emergence of a specific antidote will probably attenuate this general distrust.

Keywords: Direct oral anticoagulants, qualitative survey feeling, General practitioners