

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015

**GESTION DES MEDICAMENTS ANTI-VITAMINE K EN SOINS PRIMAIRES :
PERCEPTION ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION DES MEDECINS
GENERALISTES**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le mardi 17 novembre 2015

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine Générale

par

STENGER Céline

Née le 23 octobre 1988 à Mulhouse (68)

Président	François-Noël GILLY
Président du Comité de	François-Noël GILLY
Coordination des Etudes Médicales	
Directeur Général des Services	Alain HELLEU

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat Pierre	Pédiatrie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat Christian	Chirurgie digestive
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière François	Neurologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel Gabriel	Physiologie
Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis Philippe	Ophtalmologie
Finet Gérard	Cardiologie
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence

Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec Pierre	Immunologie
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize Michel	Physiologie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet Xavier	Cardiologie
Barth Xavier	Chirurgie générale
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Beziat Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier Philippe	Cardiologie
Claris Olivier	Pédiatrie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel Marc	Urologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Di Fillipo Sylvie	Cardiologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery Charles Patrick	Génétique
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot Marc	Neurochirurgie
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat Jérôme	Neurologie

Lachaux Alain	Pédiatrie
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens Patrick	Anatomie
Mion François	Physiologie
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Moulin Philippe	Nutrition
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino Marc	Pédiatrie
Nighoghossian Norbert	Neurologie
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion Alain	Urologie
Ryvlin Philippe	Neurologie
Scheiber Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete Caroline	Physiologie
Touraine Jean-Louis	Néphrologie
Truy Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman Francis	Radiologie et imagerie médicale

Vallée Bernard	Anatomie
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender Alain	Génétique
Charbotel Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Cotton François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton Laurent	Médecine légale
Faure Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie

Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot Arnaud	Médecine interne
Huissoud Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Juillard Laurent	Néphrologie
Jullien Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse Olivier	Chirurgie générale
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf Serge	Cytologie et histologie
Pignat Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles	Chirurgie générale
Raverot Géraud	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti Yves	Physiologie
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale

Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent	Biologie cellulaire
Souquet Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic Sandra	Neurologie
Wattel Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart Laurent
Moreau Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori Marie
Lainé Xavier
Zerbib Yves

Professeurs émérites

Chatelain Pierre	Pédiatrie
Bérard Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio André	Cardiologie
Chayvialle Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret Daniel	Pédiatrie
Gharib Claude	Physiologie
Itti Roland	Biophysique et médecine nucléaire

Kopp Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt Jean-Pierre	Anatomie
Petit Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset Bernard	Biologie cellulaire
Sindou Marc	Neurochirurgie
Trepo Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas Paul	Neurologie
Trouillas Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies Philippe	Médecine et santé au travail
Germain Michèle	Physiologie
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Juvet Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Rigal Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

Timour-Chah Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio Eric	Anatomie
Wallon Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon Grégoire	Immunologie
Dubourg Laurence	Physiologie
Escuret Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Laurent Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti Noel	Nutrition
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Ritter Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman Sabine	Physiologie
TardyGuidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims Sylvain	Neurologie
Rimmele Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Simonet Thomas	Biologie cellulaire
Thibault Hélène	Physiologie
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière Marc

Farge Thierry

Figon Sophie

SERMENT D'HYPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

A mon maître et président de Jury

Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE

Professeur des Universités et Praticien hospitalier en bactériologie et microbiologie ;

Doyen de la faculté de médecine Lyon Est ;

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de me donner votre avis sur mon travail.
Acceptez pour cela mes plus sincères remerciements et mon plus profond respect.

A mes maîtres et juges

Madame le Professeur Isabelle DURIEU

Professeur des Universités – Praticien hospitalier ;

Responsable d'unité fonctionnelle – Service Médecine Interne, Centre hospitalier Lyon Sud ;

Responsable du Centre de Référence Mucoviscidose et Présidente de la Société Française de Mucoviscidose ;

Vous avez très aimablement accepté de juger ce travail. Veuillez croire en ma sincère considération et en mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Pierre KROLAK SALMON

Professeur des Universités – Praticien hospitalier ;

Responsable d'unité fonctionnelle – Service Gériatrie, Hôpital des Charpennes ;

Responsable du Centre de Mémoire, de Ressources et de Recherche des Hospices Civils de Lyon ;

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Professeur associé de médecine générale ;

Vous avez accepté de diriger et juger ce travail. Veuillez croire en ma considération et mes remerciements.

Monsieur le Docteur André DARTIGUEPEYROU

Praticien hospitalier ;

Responsable d'unité fonctionnelle – Service Gériatrie, Centre Hospitalier Alpes-Léman ;

Merci pour ta passion, ton dévouement, ta relation avec ton équipe et tes patients, ta précision dans le travail qui m'ont appris à être rigoureuse et à l'écoute.

Merci pour la confiance dont tu m'as témoigné pour me laisser mener en parallèle de mon semestre en gériatrie ce travail de thèse.

Merci d'avoir accepté mon invitation pour siéger aujourd'hui dans mon jury.

Je tiens à remercier

François, mon complice, toi qui veilles sur moi avec tant d'amour, toi qui remplis ma vie de mille projets, de mille idées, toi qui me combles et me rassures, tu m'as beaucoup apporté pour me construire aujourd'hui en tant que médecin. Je te remercie.

Mes parents, qui m'ont poussé sur la voie de la médecine, m'ont donné les clés pour me lancer et tracer mon chemin et pour l'éducation qu'ils m'ont apportée.

Mes frères et sœurs, qui m'ont soutenu et encouragé, ont suivi les étapes-clés de mon parcours professionnel et personnel, les multiples déménagements, la neige en Haute-Savoie, le soleil à Tahiti, les premiers remplacements, les doutes, les joies, de loin, de près, bref la vie avec vous à mes côtés.

Ma belle-famille, qui aime croquer la vie à pleine dent et m'offre un autre regard personnel et professionnel sur mon travail.

Mes irremplaçables amis, qui font de mon quotidien une vie trépidante depuis qu'ils ont chacun croisé mon chemin. Les fidèles du collège et lycée, ceux du début de l'aventure sur les bancs de la faculté de médecine à Nantes, ceux de la harpe, et tous les autres. Un merci tout particulier à Anne-Claire, Elodie, Lise et Adrien pour leur coaching durant ce travail, leur relecture et leurs commentaires (on aime les commentaires!).

Tous mes maîtres de stage durant l'internat, qui m'ont appris l'art de la médecine.

L'équipe de La Maisonnée, pour leur incroyable force de combat, leurs projets inépuisables, leurs ressources personnelles et professionnelles sans fin et leur solidarité dans le travail.

Mes co-internes aux urgences du pavillon N (le fameux !), pour ce semestre si particulier aux mille aventures inoubliables.

L'équipe de Cardiologie du Centre Hospitalier Alpes-Léman,

Les docteurs Philippe Fromage, Vuthik Panh, Philippe Quandalle, Dominique Bernet, Olivier Azzano, Patrick Montant, pour leur professionnalisme, leurs compétences, leur humour, leur

confiance et pour tout le reste. Un immense merci pour ce semestre qui a beaucoup compté dans ma formation et mon parcours.

Aux infirmières les plus extraordinaires avec qui il m'ait été donné de travailler, Adélaïde, Agnès, Audrey, les deux Françoise, Juliette, Rebecca, Rosa et toutes les autres. Et aux aides-soignantes. Merci pour votre éternelle bonne humeur, votre force de vivre et de travailler, vous êtes une équipe incroyable. Et en souvenir d'un inoubliable semi-marathon ... !

A mes fabuleux co-internes CHALiens, Alice, Cyril, Stanislas, Clémence, Marine, etc... pour les avis spécialisés négociés en deux minutes chrono, les soirées raclette, le fromage et le vin blanc, les sorties raquettes, le piston des premiers rempla aux UML et tout et tout.

Docteur Clément SKLADANEK et Docteur Patricia DEVEYT, pour leur confiance et leur soutien. Patricia je n'oublierai pas ton sourire et ton dynamisme inébranlable qui m'ont donné foi en mon futur projet professionnel.

Le service de Gériatrie du CHAL, sa cadre de santé Laurence pour son travail passionné et Docteur Claire VAN HAECKE-COLLARD, pour ta confiance, tes compétences, ton dynamisme, tu m'as montré qu'on pouvait vivre de front une vie professionnelle et personnelle heureuse et épanouie.

Le Centre Hospitalier de Polynésie Française, mes co-internes, l'équipe de diabétologie et toutes les infirmières, la fleur à l'oreille et le sourire aux lèvres.

Tous les patients et leur famille, croisés sur les chemins de l'apprentissage et qui m'ont aidé à me construire avec empathie dans ma profession.

Tous les proches partis trop vite, arraché à la vie par la maladie, qui m'ont aidé à cheminer personnellement, professionnellement et m'ont apporté un autre regard sur mon métier, un autre regard sur la vie. On pense bien à vous.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	22
II.	MATERIEL ET METHODE	23
A.	MATERIEL	23
1.	Stratégie de recherche documentaire	23
2.	Population cible et description des échantillons	24
3.	Guide d'entretien	26
B.	MÉTHODE : L'analyse de contenu	27
1.	Retranscription et codage ouvert	27
2.	L'analyse verticale	28
3.	L'analyse horizontale	28
4.	La triangulation.....	28
III.	RESULTATS	28
A.	Recrutement.....	28
B.	Description de l'échantillon.....	29
C.	Analyse de contenu.....	29
1.	Analyse verticale	29
2.	Analyse horizontale ou thématique	29
	COMPORTEMENT ET RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE	30
a)	Perception de la gestion des AVK par les médecins généralistes : rôle et implication.	30
b)	Ressenti d'un cas difficile	32
	LA GESTION DES AVK EN VILLE, RESENTI DU MEDECIN GENERALISTE.....	33

a) Perception du niveau de connaissances théoriques du MG vis-à-vis des AVK.....	33
b) Ressenti concernant la prescription et la molécule en elle-même.....	34
c) Ressenti concernant la gestion des INR	35
d) Ressenti en terme d'éducation, de compréhension et d'observance	38
LES AUTRES ACTEURS DE SANTE : RÔLES ET RESENTI DU MEDECIN GENERALISTE.....	41
a) Les médecins spécialistes d'organe.....	42
b) L'hôpital	43
c) Les associés / remplaçants.....	43
d) La secrétaire	44
e) L'infirmier diplômé d'Etat (IDE).....	45
f) Le laboratoire d'analyses médicales	46
g) Le pharmacien d'officine	46
h) Le patient.....	48
FREINS A UNE BONNE GESTION DES AVK EN MEDECINE DE VILLE	49
a) Connaissances théoriques.....	49
b) Prescription et molécule	50
c) Adaptation de dose, gestion des INR et gestion du temps	51
d) Freins en matière d'éducation, de compréhension et d'observance.....	51
e) De multiples intervenants.....	53
MOYENS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESOUDRE CES DIFFICULTES	58
a) Améliorer les connaissances théoriques des médecins	58
b) Prescription et molécule	58

c)	Adaptation de dose : gestion des INR et gestion du temps	60
d)	Education, compréhension et observance	61
e)	Fédérer les différents intervenants	62
f)	Ressenti global sur d'éventuelles améliorations	63
	NACO, ALTERNATIVE D'AVENIR ?.....	63
IV.	DISCUSSION	65
A.	Pertinence et limite de l'étude	65
1.	L'équipe de recherche	65
2.	La conception de l'étude.....	65
3.	Critique de l'analyse croisée.....	67
B.	Gestion des AVK en ville et ressenti du médecin généraliste	67
C.	Les autres acteurs de santé.....	75
D.	La place des NACO	76
V.	CONCLUSION.....	78
VI.	BIBLIOGRAPHIE	80
VII.	ANNEXES	84
VIII.	RESUME	109

GLOSSAIRE

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (devenue ANSM en décembre 2011)
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
AVK	Antivitamine K
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INR	International Normalized Ratio
NACO	Nouveaux anticoagulants oraux
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie

I. INTRODUCTION

La consommation des anticoagulants oraux au sens large n'a cessé d'augmenter, elle a doublé en 10 ans et connaît encore une croissance plus marquée depuis 2011. Au cours de l'année 2013, on estime que 3.12 millions de patients ont reçu au moins un anticoagulant (1).

Avec plus de 13 807 000 boîtes vendues, les médicaments antivitamine K (AVK) sont très largement en tête de la consommation des anticoagulants oraux, bien que sa consommation connaisse un ralentissement notable depuis fin 2012 et l'obtention de l'AMM dans la fibrillation auriculaire des nouveaux anticoagulants oraux (NACO, cf Annexe 3) (2).

En 2011, 9 521 bénéficiaires ont perçu au moins un remboursement d'AVK, soit 1,8 % de la population couverte par le régime général. En extrapolant ces données à la population française, le nombre de sujets traités en 2011 est estimé à environ 1,1 million.

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) (3). Les manifestations hémorragiques représentent la complication la plus fréquente du traitement par AVK : hémorragie ou hématome intracérébral, hématome du psoas, hémorragie intra-abdominale, hémorragie intra-articulaire... (cf Annexe 1). On estime entre 5000 et 6000, le nombre d'accidents mortels secondaires à ces hémorragies graves sous AVK par an.

Des mesures pour limiter la iatrogénie liée à ces traitements (rappels sur les recommandations de bonne pratique, développement de guide à l'usage des professionnels de santé, cf Annexe 2) (4) n'ont pas permis de diminuer l'incidence des événements iatrogéniques sous AVK (5). En effet comme en 1998, l'étude EMIR en 2007 a montré que les AVK correspondent toujours à la plus forte incidence d'hospitalisation pour effets indésirables (12,3%). Outre le coût humain, sa charge financière sociétale est lourde et s'accroît (6). La mise en place par l'UNCAM d'entretiens éducatifs réalisés par les pharmaciens pour les patients traités par AVK fait partie intégrante de ce plan d'action de minimisation des risques (cf Annexe2).

La prescription initiale de ces traitements AVK est majoritairement assurée par les médecins spécialistes d'organe, qu'ils soient cardiologues ou angiologues, en ville ou à l'hôpital. En revanche, la gestion, le suivi et le renouvellement incombent quasi-exclusivement au médecin généraliste (7).

L'objectif principal de notre travail est de mieux connaître le ressenti des médecins généralistes sur cette gestion au quotidien, leurs difficultés, et leurs déterminants.

Notre objectif secondaire est de mieux cerner les possibilités d'amélioration des pratiques en médecine générale afin de voir diminuer le nombre d'accidents iatrogènes imputés aux AVK.

II. MATERIEL ET METHODE

A. MATERIEL

Notre objectif étant d'explorer le ressenti des médecins généralistes dans leur gestion des traitements anticoagulants oraux par AVK, l'enquête qualitative par entretien semi-dirigé a été choisie.

Le guide d'entretien va, dans un premier temps, recueillir l'expérience du médecin généraliste. Dans un second temps il s'agira d'explorer son discours dans une démarche interprétative puis inductive pour donner un sens profond à ses propos. Enfin, l'analyse des résultats recherchera les éléments-clé conduisant les médecins généralistes à ces représentations et ces pratiques.

Ce guide d'entretien a été élaboré grâce à une recherche bibliographique. L'investigateur était une interne en médecine générale inexpérimentée en matière de recherche qualitative. Ses connaissances ont été acquises par la lecture de revues de la littérature et la participation à des ateliers de formation universitaire à la recherche qualitative.

1. Stratégie de recherche documentaire

La revue de la littérature a été effectuée à partir d'avril 2013 avec une veille documentaire jusqu'à rédaction et impression de ce travail.

Elle a été réalisée à partir de différentes bases de données :

- Pubmed Medline : base de données en sciences biologiques et biomédicales gérée par la bibliothèque nationale de médecine des États-Unis ;
- Banque de Données de Santé Publique ;
- Cairn.info : base de données en science humaine et sociale ;
- Cismef : catalogue et index des sites médicaux francophones ;
- SUDOC : catalogue du système universitaire de documentation ;
- Web of science : service d'informations universitaires en ligne de l'Institute for Scientific Information.

Les documents de structures et instances officielles ont également complété notre recherche documentaire : Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament (ANSM), Haute Autorité de Santé (HAS)

Mots clés utilisés

Anticoagulants / AVK (*VKA*) ;

Gestion (*management*) ;

Perception (*perception*) ;

Médecin généraliste (*General practitioner*) et médecine générale (*general practice*)

INR / TTR (*time in therapeutic range*)

2. Population cible et description des échantillons

La constitution d'un échantillon dit représentatif d'une population n'est pas adaptée à l'étude qualitative (8). L'échantillon sera donc constitué selon la technique de l'échantillonnage raisonné.

Le corpus sera bâti selon des composantes caractéristiques et non représentatives de la population. L'objectif est d'atteindre une diversification de manière « à maximiser les chances d'apparition d'au moins quelques cas capables de perturber notre système et de nous pousser à remettre en question ce que nous croyons savoir. »

☐ Critères

<i>Critères d'inclusion</i>	<i>Critères de non inclusion</i>
Être médecin généraliste installé en activité	L'incapacité physique ou mentale de participer aux entretiens
Être d'accord pour participer à l'étude	Le refus d'être interrogé ou enregistré

☐ Le recrutement sera raisonné selon :

L'âge, le mode d'exercice, le nombre de consultations quotidiennes et le lieu d'exercice.

☐ Mode d'accès

L'accès aux médecins généralistes se fera par contact téléphonique direct suite à un tirage au sort via les pages jaunes (contact direct avec le médecin ou avec son secrétariat après accord direct du médecin pour fixer la date de l'entretien).

☐ Taille de l'échantillon

Contrairement à ce qui se fait dans une étude quantitative, le nombre d'interviewés n'est pas défini. Les entretiens seront poursuivis afin d'obtenir une convergence des occurrences.

« L'entretien permet de comprendre le rapport du sujet au fait, plus que le fait lui-même » (9)

□ **Déroulement des entretiens**

L'entretien individuel ne nécessite qu'un seul investigateur qui sera l'auteur de ce travail.

Les entretiens se dérouleront face aux médecins généralistes interrogés dans leur cabinet médical.

Les médecins cibles seront des généralistes thésés, en exercice et installés en Haute Savoie, acceptant de participer à l'étude.

Les entretiens semi-dirigés seront individuels. Intégralement enregistrés, ils se dérouleront au cabinet à l'issue d'une introduction standardisée.

3. Guide d'entretien

a) Élaboration du guide

Après recherche bibliographique, nous avons pu formuler des hypothèses de résultats et définir une liste de thèmes à aborder au cours des entretiens.

Le guide d'entretien s'est préparé en 2 phases : la formulation d'une consigne pour définir le thème du discours, puis des questions ouvertes présentant nos axes thématiques. Chacune de ces questions est associée à des sous-questions plus précises afin d'animer et de recentrer le débat sur les thèmes à aborder (8).

Le guide d'entretien comportait les thèmes suivants : (cf annexe 4)

- Perception du rôle de médecin généraliste ;
- Perception de la gestion des AVK ;
- Perception des freins à une bonne gestion ;
- Perception des autres acteurs de santé intervenant dans cette gestion ;
- Propositions d'amélioration.

Le guide a pu être modifié et s'enrichir au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

B. MÉTHODE : L'analyse de contenu

L'analyse qualitative se réalise en trois étapes, la technique utilisée est la réduction phénoménologique. Elle implique une démarche ouverte et inductive de toutes ces étapes (10).

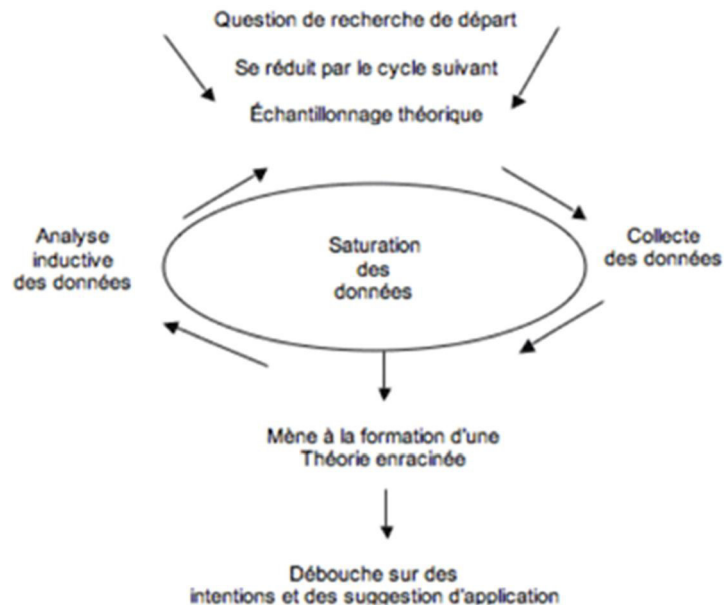


Figure 1 : Les trois étapes de l'analyse qualitative

1. Retranscription et codage ouvert

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur des fichiers Word®. Nous avons ensuite procédé au découpage de ce texte, appelé verbatim, en unités de significations sans hypothèse de départ. Ces unités sont mises en cohérence dans une grille d'analyse.

La grille d'analyse n'était pas connue au départ. Elle s'est inspirée initialement du guide d'entretien puis s'est construite de manière inductive au fur et à mesure du codage.

Les thèmes et sous-thèmes de chacune des dimensions ont été créés en répondant au mieux aux règles de BERELSON (1952) : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence(10).

2. L'analyse verticale

Les entretiens ont été analysés les uns après les autres pour dégager la logique individuelle de chacun des médecins généralistes vis à vis des dimensions analysées.

L'hypothèse est que « chaque singularité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut analyser » (8).

3. L'analyse horizontale

Les catégories ont ensuite été analysées transversalement autrement dit de manière thématique. Elle consiste à repérer la récurrence et la régularité entre les entretiens.

A l'aide d'un tableur Excel®, les unités de significations sont retirées de la logique individuelle de chaque médecin. La déstructuration des unités permet alors l'émergence de nouveaux thèmes.

4. La triangulation

La technique de triangulation a été utilisée pour éviter les biais d'interprétation et permettre une analyse croisée des données. Les entretiens ont été analysés individuellement par l'étudiante, puis une analyse croisée des données a été effectuée avec sa directrice de thèse le Professeur ERPELDINGER.

III. RESULTATS

A. Recrutement

Seize médecins ont accepté l'entretien. La démarche s'est effectuée par contact téléphonique direct après tirage au sort dans l'annuaire téléphonique. Il y a eu trois refus, deux médecins ont invoqué un manque de temps et un médecin n'a pas souhaité se justifier. Les entretiens se sont déroulés entre janvier et avril 2014.

B. Description de l'échantillon

Notre échantillon d'étude regroupait au total seize médecins, d'une moyenne d'âge de 49,5 ans (36 à 60 ans), en majorité des hommes (11/16) exerçant en milieu semi-rural (10/16 en semi-rural, 3 en rural, 3 en ville).

Moyenne d'années d'installation : 16,5 ans [1 - 32]

Moyenne nombre d'actes par jour : 26 [15 - 50]

Mode d'exercice : 8 en groupe, 8 en cabinet seul.

C. Analyse de contenu

1. Analyse verticale

La grille d'analyse contenait cinq dimensions :

- Le médecin généraliste : rôle, implication et perception ;
- Ressentis concernant la gestion des AVK ;
- Les freins à une bonne gestion ;
- Les autres acteurs de santé ;
- Les propositions d'amélioration.

L'analyse verticale est jointe pour une partie en annexe, à titre d'exemple, et en intégralité sur Cd-rom.

2. Analyse horizontale ou thématique

L'analyse horizontale est jointe pour une partie en annexe, à titre d'exemple, et en intégralité sur Cd-rom.

COMPORTEMENT ET RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE

a) Perception de la gestion des AVK par les médecins généralistes : rôle et implication

Les médecins généralistes considèrent qu'ils ont une implication totale et permanente dans la gestion des AVK ...

E9 « oui on est carrément impliqué oui »

E11 « Ouais, à 100% »

Cette gestion est même perçue comme une responsabilité, voire un devoir.

E14 « Oui, c'est normal je suis le médecin généraliste. C'est normal. »

E16 « J'en ai plein et je considère que c'est à moi de gérer ça. »

... mais leur ressenti sur la gestion des AVK est ambivalent.

E2 « je la juge euh dangereuse essentiellement, en tout cas potentiellement dangereuse. Et je la juge aussi simple »

E4 « Bin ça paraît simple parce qu'on reçoit et on dit « tient on monte un peu, on descend un peu » mais en fait faut y faire attention [...] c'est plus compliqué que ça n'y paraît en fait, mais c'est pas très compliqué non plus (Rires gênés). »

Les médecins généralistes perçoivent la gestion des INR comme une tâche administrative, une gestion qu'ils estiment globalement facile mais chronophage.

E11 « Franchement c'est pas compliqué. (En riant) Gérer une indication et puis être dans les objectifs et puis surveiller le traitement en fonction de, bien éduquer les patients, et puis moi je trouve que... y a des choses qui sont beaucoup plus compliquées en médecine »

E8 « c'est chiant mais c'est pas un problème »

Leur problème principal est tout autre :

E9 « ça fait pas mal de tracasserie administrative et de boulot en plus pour pas grand-chose »

E13 « pffff, c'est vrai que c'est lourd à gérer administrativement »

Un adjectif pour résumer :

E6 « (sans hésiter) Chronophage. (Rires) »

E9 « Lourde. Euh... Parce... Parce qu'en fait on en a vraiment beaucoup. »

E16 « (Silence, réfléchit) bin... facile. »

Les médecins généralistes interrogés semblent avoir une perception peu valorisante de leur rôle dans la gestion des AVK du fait d'une faible reconnaissance de leur implication et d'un déséquilibre dans les responsabilités engagées.

E8 « (Rires) La gestion ? (réfléchit) : inintéressant et chronophage (Rires). »

E13 « c'est un temps de gestion énorme. Alors ils nous donnent 5 € pour la gestion des dossiers en général, mais pas spécialement pour les AVK, pffff, c'est une misère quoi, on travaille à l'œil, des fois c'est... »

E13 « et s'il y a une erreur c'est tout pour nous, et on est entièrement responsables (parle en tapant du poing sur son bureau à 3 reprises). C'est pas le labo, c'est pas l'infirmière, c'est pas le pharmacien, c'est nous qui allons prendre s'il y a quelque chose. C'est lourd hein. Donc les AVK pour nous c'est la galère. » « Bin tout le temps. On vit là-dedans à fond, pfff. Depuis qu'on s'est installé, on vit là-dedans, c'est pour ça qu'il y a pas beaucoup de jeunes médecins qui veulent y aller comme nous. Parce que là c'est les tranchées hein. Si y a un truc qui va pas, une hémorragie, c'est tout pour nous (Soupire et tape du poing sur son bureau). Ca c'est la hantise permanente. »

b) Ressenti d'un cas difficile

Les facteurs perturbant la bonne gestion des AVK peuvent être très variés. Les médecins témoignent de leur vécu.

E2 « bin il y en a un il y a pas longtemps là ... euh ... Monsieur « B » (rires gênés) ...euh ... qui était censé ...euh ... voir les ...euh... les infirmiers pour préparer ses piluliers et puis il avait décidé d'un commun accord avec les infirmiers que c'était lui qui les préparerait tout seul en fait. Et du coup moi j'ai modifié ses posologies mais lui comme il sait pas lire il a pas vu que j'avais modifié ses posologies. Et puis il est un peu dément aussi donc euh ... je lui avais expliqué, je lui avais écrit mais malgré tout ça n'a pas suffi. (Rires) Ca a pas été très très grave mais enfin on a quand même fini avec un INR à 8 je crois ou 9 je sais plus hein donc euh ... voilà c'est un cas récent qui me vient à l'esprit comme ça. »

E4 « Y en a une elle s'est fait opérer de quoi... je sais plus... intervention de varices ou un machin, fin un truc sans importance. Et le chirurgien a remis le Previscan mais a oublié de dire qu'il fallait continuer les piqûres le temps qu'il soit, qu'il soit pas équilibré, et je crois que... Moi j'étais en congés mat' c'est ma remplaçante qui a rattrapé ça au dernier moment mais c'était trop tard, elle a fait un embolie contre sa valve cardiaque.»

E8 « Euh ... je peux dire que j'ai une patiente qui est morte ? (Rires gênés) [...] Mais enfin bon ça c'est mal goupillé parce que j'étais pas là, donc j'ai géré ça les AVK alors que j'étais sur Lyon »

E10 « je me souviens d'un décès de patient, alors ça c'est vraiment un décès euh mais c'était à la suite d'une erreur de posologie chez un patient qui était en maison de retraite [...] Donc avec peut être une surveillance qui avait été, peut être faite a minima, des recommandations qui avait pas été tout à fait adaptées et une erreur de posologie »

Au sujet d'un autre patient « j'avais continué ses AVK plus longtemps que théoriquement j'aurais dû »

Des accidents iatrogènes d'origines très diverses, liés à une mauvaise application des recommandations, à un défaut d'information, à une mauvaise compréhension ou bien à l'absence ponctuelle du médecin généraliste.

Qui plus est, cette gestion est parfois source de stress et de peur :

E13 « C'est pas aux généralistes de rattraper des coups pas possibles, in extremis, des INR hyper dangereux, nous ça nous fait peur hein, sans arrêt on est dans le stress. »

E7 « on fait de plus en plus de choses avec les AVK, je vois pas pourquoi on dirait non, nous médecin inquiets (tape du poing sur le bureau). Faut qu'on apprenne à vivre avec ce risque d'hémorragie et de euh de récurrence d'ischémie. Pas facile »

C'est souvent l'expérience qui entre en jeu et qui permet aux médecins généralistes plus âgés d'avoir un vécu moins problématique de cette gestion

E15 « quand j'ai commencé, oui on a toujours peur hein, on n'a pas l'expérience, on n'a rien »

Les médecins interrogés emploient souvent des termes laissant penser qu'il y a également une part de chance dans la bonne gestion des AVK

E7 « On croise les doigts hein »

E9 « touchons du bois au cabinet. »

E6 « j'ai eu de la chance »

LA GESTION DES AVK EN VILLE, RESENTI DU MEDECIN GENERALISTE

a) Perception du niveau de connaissances théoriques du MG vis-à-vis des AVK

Afin d'essayer d'apporter des explications aux chiffres peu flatteurs du nombre d'accidents iatrogéniques sous AVK, nous avons interrogé les médecins sur leur perception de leur niveau de connaissances théoriques.

Les médecins estiment leurs connaissances théoriques sur les AVK satisfaisantes.
--

E3 « Oh en général les INR cibles on les connaît assez bien, les indications de traitement il me semble aussi »

E16 « Je connais les indications, les contre-indications, je connais mes patients, je sais pourquoi ils en ont, quelle est la cible euh voilà. Donc ça pose pas de problème. »

Cependant,

E6 « des fois on est obligé de reprendre les dossiers, on sait même plus d'ailleurs pourquoi ils sont euh ... sous Aspirine. [...] Ca des fois voilà, c'est un peu le danger des patients qu'on suit depuis longtemps, qui ont 36 choses. »

E4 « Euh bin des fois quand ils sont depuis longtemps on sait plus très bien. »

b) Ressenti concernant la prescription et la molécule en elle-même

Les médecins interrogés semblent plus à l'aise à manipuler le fluindione (Previscan), molécule qu'ils connaissent mieux.

Pour les praticiens interrogés, cela est avant tout une question de préférence et d'habitude.

E7 « alors moi je suis pas très à l'aise avec la coumadine »

Il semble que la Coumadine soit la solution de second recours en cas d'équilibre difficile sous Previscan.

E1 « pour les AVK à demie vie un peu plus courte euh si on a des difficultés à avoir un INR stable on passe sur de la Coumadine »

E13 « Au milieu de ça il y a des gens qui varient mais il y a des gens impossibles, c'est jamais stabilisé. Alors tous ceux-là j'essaie de les passer à la Coumadine »

Cependant, certains s'étonnent du peu de prescription en première intention de la Coumadine :

E13 « il y a trop de médecins spécialistes qui utilisent le Previscan ou Sintrom. Maintenant il y a plus que le Previscan qui est à la mode, au lieu d'utiliser la Coumadine qui est beaucoup plus stable, beaucoup plus maniable. (Le téléphone sonne) Va leur expliquer ça, va leur faire lire la revue Prescrire, il va falloir encore 20 ans avant qu'ils s'y mettent en France... »

Les médecins interrogés ont déclaré être rarement primo-prescripteurs. En revanche, ils paraissent toujours responsables du suivi et du renouvellement, à une fréquence globale de 3 à 6 mois.

E4 « je suis pas sûre d'en avoir déjà introduit en ambulatoire »

E8 « 95% des prescriptions c'est le spécialiste, c'est soit le cardio soit l'angiologue »

E5 « l'arrêt du lovenox se fait souvent en ville avec moi et je fais le relais par l'AVK, ça c'est pas un souci. » « La mise en route en général je la laisse au spécialiste »

E6 « je fais des ordonnances longues. Je, j'ai pas mal de patients donc je fais des ordonnances pour 6 mois quand ils sont bien équilibrés »

E13 « Ah bin ça dépend. Y a des malades hyper stables c'est 6 mois, des malades un peu fragiles qui comprennent pas tout c'est 3 mois, c'est rare que je vois les gens tous les mois. »

Ils n'ont pas pour habitude de préciser l'INR cible sur les ordonnances de leurs patients.

E6 « Non, je les inscris pas. Je leur dis »

E16 « Non. Je leur dis » « Bin non hein je note pas des trucs sur l'ordonnance moi. »

E12 « Voilà, on leur redit régulièrement ça, mais pas par écrit, parce que par écrit ils ne le liraient, oralement ils l'entendent. Si vous l'écrivez, après un moment ils sont tellement habitués à leur ordonnance qu'ils ont même plus besoin de lire l'ordonnance pour les posologies. Redit oralement ça rentre. Parce qu'ils sont bien obligés de m'écouter (Petit rire). »

E3 « Pour le labo il y a systématiquement l'âge... euh ... le poids, la taille, et donc moi je rajoute l'INR cible et la pathologie. » « pas sur l'ordonnance [...] D'AVK » « les ordonnances de médicaments ça se promène un peu plus peut être, ça traine un petit peu plus »

c) Ressenti concernant la gestion des INR

L'adaptation des doses est un acte simple et facile, mais pour lequel les praticiens estiment consacrer trop de temps et ce bénévolement.

E11 « Franchement c'est pas, c'est pas compliqué (en riant) »

E12 « Boh, l'INR que ce soit de quelqu'un qu'on connaît ou qu'on ne connaît pas, c'est toujours la même chose, la gestion reste la même »

C'est un acte banal, mais à ne pas banaliser.

E11 « il suffit pas de faire un INR, faut l'interpréter, faut le gérer »

E13 « C'est une discipline hein, parce que c'est fastidieux »

Les adaptations de dose sont la plupart du temps réalisées par téléphone, et l'enjeu en médecine générale est avant tout, pour les médecins, une question de temps à optimiser.

E16 « Moi je ne peux pas penser à eux. C'est pas possible. Alors il faut qu'il pense à moi. (Rires) Mais oui, mais autrement je suis mort, c'est pas possible [...] enfin s'ils m'appellent quoi c'est plus simple. Nous on a tellement de boulot qu'il faut se simplifier la vie quoi. »

E7 « Portable, oui, perso. Ca c'est un choix, mais comme ça, ça va plus vite hein »

Le ressenti des médecins généralistes concernant le temps consacré à la gestion des AVK est très variable.
--

E9 « mine de rien ça prend toujours du temps de devoir se poser là dedans »

E13 « Tous les jours, tous les jours faut se taper des INR, je sais pas combien, tous les jours faut faire double inscription, parfois coup de fil, parfois ci parfois là, c'est un temps de gestion énorme. »

E16 « Bin ce qui est chiant c'est pas le temps que ça prend, c'est de passer de l'un à l'autre. [...] ça peut couper une consultation ou bien ... mais en terme de temps c'est rien du tout. Ce qui est chiant c'est d'avoir des coups de téléphone pendant qu'on fait autre chose. »

E7 « Franchement ça prend pas de temps. Faut bien s'assurer dès le départ de, d'avoir un correspondant qui, l'épouse ou si c'est pas le patient faut quelqu'un qui, qui nous réponde. Et que ça aille vite. »

La qualité de la gestion souffre parfois de ce manque de temps, mais le temps, selon eux, il faut le prendre.

E9 « on n'arrive pas toujours à avoir le temps de faire les choses comme on devrait quoi »

E10 « Alors après voilà c'est vrai qu'on pourrait faire les choses beaucoup plus précisément. Le problème c'est est-ce que ça va prendre encore plus de temps ? »

E12 « S'il faut un peu plus longtemps pour leur expliquer et bien on prend le temps. » « Enfin j'ai toujours une heure de retard mais c'est pas grave (Petit rire). »

E8 « On prend le temps oui, parce que, parce qu'on n'a pas le choix. »

L'adaptation de doses par téléphone est-elle la solution ?

L'opinion d'un médecin se dégageait des autres entretiens. Il convoque systématiquement ces patients au cabinet pour réaliser les adaptations de dose d'AVK en fonction de l'INR

E2 « je pense qu'il faut vraiment pas gérer [...] les trucs comme ça par téléphone » « Voilà c'est une règle que je me suis fixée... euh... je ne fais pas d'adaptation d'INR par téléphone. Et [...] je refuse que ma secrétaire euh me transmette des INR par téléphone. »

E2 « nous bien faire notre travail ça on peut le faire donc si les médecins comprenaient qu'il faut arrêter de gérer ça par téléphone je pense qu'on pourrait considérablement diminuer la iatrogénie »

Nous avons donc interrogé les autres médecins sur la possibilité de convoquer les patients pour l'adaptation de dose de l'AVK.

E3 « C'est rigoureusement impossible de recevoir les patients pour adapter les doses. Techniquement dans un cabinet de médecine générale dans nos régions c'est impossible. »

E16 « Mais moi je peux pas, en ville ça me paraît impossible de faire ça quoi, alors autrement ils reviennent tous, j'ai autre chose à foutre » « je fais quoi, je la fais revenir, c'est moi qui vais chez elle ? Pour que je lui marque ? (téléphone sonne) Je lui marque pas, je lui dis, elle est pas con »

Ils justifient ce choix, en partie, pour le confort du patient.

E3 « Et puis je suis pas sûre que les gens accepteraient bien de venir ... »

E11 « je vais pas les faire traverser la ville pour venir me raconter leur histoire sur l'INR »

E4 « les gens ils ont aussi un conseil par téléphone. Non mais ça va quand même hein. »

Ils sont plusieurs à exprimer le fait que cette gestion des INR leur paraît subie, peu reconnue, mais ils ne perçoivent pas d'autres alternatives.

E8 « Je suis pas satisfait du mode de fonctionnement voilà, oui. Donc s'il y a un autre moyen qui existe vous me le dites »

E11 « Et puis de toute façon on n'a pas le choix, faut le gérer, qui va le faire à notre place ? »

E3 « comment faire autrement ? »

d) Ressenti en terme d'éducation, de compréhension et d'observance

Un des grands rôles du médecin généraliste dans la gestion des AVK de ses patients est d'informer, d'éduquer et de faire prendre conscience au patient des risques de ce traitement.

E 16 « Donc je leur explique bien, je leur explique qu'il y a des contrôles, (téléphone sonne) qu'il faut faire attention, que ça peut être dangereux, que si c'est trop bin les risques c'est ça, si c'est pas assez c'est ça et que attention quoi, c'est pas, c'est pas du doliprane quoi »

L'éducation des patients a été évoquée comme un prérequis indispensable à une bonne gestion des AVK en autonomie « supervisée » et un savoir à réévaluer.

E9 « quand on a des gens qui sont nouvellement traité par AVK, on laisse quand même, enfin, on leur envoie bien le message, on leur dit franchement qu'il faut que ce soit eux qui gèrent. »

E13 « Et c'est très bien quand les malades gèrent, c'est 100 fois mieux. »

E5 « Après on en reparle quand on fait leur renouvellement des traitements. S'il y avait un problème, si je vois que les contrôles sont trop espacés ou qu'il y a un souci sur la gestion on en parle à ce moment là, donc tous les 3 ou 4 mois maximum. »

E9 « Quand c'est bien équilibré, j'avoue que non. Quand ça devient n'importe quoi, oui. Bin bin là on réévalue d'autant plus que maintenant on a des alternatives hein. »

Une des particularités de la gestion des AVK est qu'elle implique souvent différents intervenants. Deux visions s'opposent quant à la multiplication des intervenants en matière d'information :

Ceux pour lesquels multiplier les sources d'information augmente le risque de confusion

E11 « le seul problème c'est que dès qu'on va être plusieurs intervenants sur quelque chose en fait, on va avoir des mots, un langage, une... et puis des, des nuances qui vont être différentes en fait et là c'est le foutoir. C'est une seule stratégie, une seule explication, avec des mots simples »

Et ceux pour lesquels, cela permet avant tout de multiplier les chances d'informations

E12 « Tout ce qui est séance d'information pour les patients moi je suis pour. Que ce soit fait par les pharmaciens, caisses de sécu, pour les formations diabétiques, moi je suis, je suis... tant qu'on peut informer les gens c'est toujours ça de gagné »

Les médecins considèrent le niveau d'éducation de leurs patients sur les AVK globalement satisfaisant.
--

E9 « La majorité des gens se gèrent bien »

E12 « Y en a 2 ou 3 qui sont, mais qui sont vraiment euh très au fait et qui ont appris tellement à manier ça, je leur ai suffisamment bien appris, ils gèrent ça eux-mêmes »

En revanche, lorsque les médecins sont confrontés à des difficultés de compréhension chez leurs patients, une remise en question en découle.

E5 « Il y a des gens qui comprennent pas. Peut être que j'explique pas non plus de façon optimum »

E3 « on doit pas être bons. »

Ils évoquent également des interrogations :

E3 « on a quand même des doutes et puis on a quand même des fluctuations qui sont parfois assez incompréhensibles [...] là on se dit « il l'a pas pris, c'est pas possible, il l'a pas avalé son truc » euh ... donc euh ... ça pose des problèmes. »

La gestion des AVK semblent être, pour les médecins interrogés, sous-tendue par un équilibre à trouver entre relation paternaliste et volonté d'autonomiser le patient, variant selon le contexte et le niveau de compréhension du patient.

E13 « à la dixième fois on leur explique plus (en tapant sur son bureau) on leur dit « c'est ci, c'est ça », on est super derrière eux parce qu'ils ont rien compris »

E15 « on impose dans certains cas. »

E7 « Moi je trouve que c'est bien parce qu'il faut pas laisser le patient seul, ça je pense qu'il faut pas dire au patient de faire tout seul [...] c'est nous les responsables »

Malgré une vigilance accrue de leur part et de la part des patients, les médecins sont parfois confrontés à des difficultés d'observance des patients concernant les médicaments ou même le contrôle des prises de sang.

E11 « en général ils rigolent pas avec ça. Autant les médicaments pour l'hypertension, les trucs comme ça, ils disent « ouais, ouais, bin ça arrive d'oublier ». Mais Previscan non, non, ça leur fait peur et donc ils sont très sérieux. Et c'est bien. »

E13 « Moi j'en ai pas vu qui arrêtaient comme pour les antidépresseurs ou comme certains traitements où ils arrêtent puis on a rien su. J'en ai jamais vu ça, qui m'ont fait un coup pareil. »

E10 « c'est plus compliqué qu'avec les autres médicaments. Du coup on fait plus attention »

E7 « je demande aux patients de m'appeler systématiquement [...] Ouais parce que sinon j'ai remarqué qu'ils contrôlaient plus. »

E11 « j'ai une patiente, je sais pas ce qu'elle fout en fait [...] je sais pas ce qui se passe. Est-ce qu'elle suit bien son traitement ? j'ai des doutes »

Comme face aux difficultés de compréhension, en cas de mauvaise observance, les médecins témoignent d'abord de leur volonté d'essayer de comprendre.

E3 « on essaye de voir ... de comprendre pourquoi le patient fonctionne comme ça »

E11 « ça fait 2 mois où on n'est pas dans les objectifs [...] donc va falloir que je creuse ma... ma réflexion quoi en fait, pour savoir exactement ce qu'il se passe. »

Mais ...

E8 « toute façon on sait que les médicaments sont pas bien pris »

LES AUTRES ACTEURS DE SANTE : RÔLES ET RESENTI DU MEDECIN GENERALISTE

Comme dit plus haut, la particularité de la gestion des traitements AVK est l'intervention de multiples interlocuteurs. Quels sont leurs rôles et quel est le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de chacun d'eux ?

La transmission de l'information entre les différents intervenants dans la gestion des traitements AVK est jugée globalement très satisfaisante. Elle est toutefois temporisée par une lenteur trop importante et des vécus plus difficiles

E9 « je pense que ça suit bien, on est bien informé, non vraiment là je me, je me plains pas »

E13 « Tout ça est mal fait, dans la précipitation, y a rien de coordonné, enfin bon, je vois pas trop où trouver la solution »

Les adaptations de dose des AVK sont souvent réalisées par téléphone, au décours ou entre deux consultations.

Les contraintes de gestion sont lourdes à assumer, que ce soit en termes de temps, de traçabilité ou même de responsabilité engagée.

Les médecins interrogés avouent une gestion pour la majorité orale sans trace écrite ;

E4 « Non, tout se fait par voie orale »

E11 « je note rien quoi en fait. »

E6 « l'INR c'est vraiment, pour moi c'est un instantané [...] je les enregistre même pas »

Ils expliquent que c'est souvent par manque de temps ;

E15 « On n'a pas le, le temps de, de tout noter. »

E4 « Non parce que c'est entre 2 consult »

Mais que c'est également une façon de responsabiliser le patient.

E16 « Je note jamais. Mais je leur dis hein « moi je sais pas combien vous prenez c'est à vous de le noter et de le savoir »

Pour une minorité en revanche, c'est une responsabilité trop importante pour être négligée.

E13 « Bin je fais bien attention à ça parce que le coup d'après quand il y a de nouveau une modif il faut que je sache ce que j'ai dit le coup d'avant, oui, ça on n'a pas le droit à l'erreur. »

a) Les médecins spécialistes d'organe

Les médecins spécialistes d'organe sont globalement perçus par les médecins généralistes interrogés comme des interlocuteurs privilégiés, mais ils déplorent un manque de communication directe et un manque d'implication.

E12 « J'ai 2-3, 2 cardiologues à qui je peux téléphoner, ils me donnent directement, ils me donnent tous les renseignements qu'il faut. »

E6 « Et puis ici aussi on a un bon angiologue, c'est... on a des bons correspondants c'est bien. »

E6 « mais sinon je me débrouille tout seul. »

E10 « Sinon en général bon, pffff, on parle peu »

Les médecins spécialistes sont très souvent responsables de l'initiation du traitement. En revanche, ils paraissent peu investis dans le suivi et la gestion.

E9 « je suis étonné souvent que les spécialistes le gèrent pas. C'est-à-dire que « ouais faudra arrêter le machin » donc c'est à nous de nous taper le protocole de relais »

E13 « On n'a pas du tout le même point de vue avec les spécialistes, les spécialistes ils vous envoient les gens dans la nature et après nous on gère au jour le jour en permanence. Le risque il est inouï quoi, de faire saigner les gens quoi. »

E11 « on a des indications qui sont retenues euh en cardio des choses comme ça quoi en fait et on se retrouve à gérer parce que le cardio a dit qu'il fallait faire comme ça. Et on a une patiente qui euh... bin chez qui on se demande si c'est pas dangereux de le faire »

b) L'hôpital

Les praticiens interrogés jugent la communication avec l'hôpital satisfaisante mais globalement trop lente.

E16 « le lien avec l'hôpital il euh bin il m'écrit quoi voilà je trouve que mais il est lent quoi »

E6 « j'ai pas trop de difficultés, les courriers ont un peu de retard mais les ordonnances sont bien écrites. »

E10 « Parfois on reçoit les INR et puis on a le compte rendu longtemps après, ouais, bon, c'est vrai que c'est un peu... c'est parfois un peu compliqué. »

E16 « c'est pas grave, c'est comme ça, les gens ils savent m'expliquer, enfin je me débrouille »

c) Les associés / remplaçants

La perception de la gestion des AVK semble plus simple pour les médecins exerçant en groupe, et d'autant plus chronophage et lourde à assumer pour les médecins exerçant seuls.

L'exercice en cabinet de groupe permettrait une gestion simplifiée :

E1 « Alors je pense que nous c'est simple parce qu'on est en cabinet associé et que chez nous il y a quelqu'un qui répond au téléphone systématiquement tous les jours, de 9h le matin à 8h le soir. Après je pense à mes confrères qui sont tout seul en cabinet... »

E7 « on a la chance d'être 5 »

Pour les médecins exerçant seul, cela nécessite une organisation professionnelle ...

E11 « voilà, c'est tout un truc, j'envoie mes patients chez un confrère. »

E8 « De toute façon en vacances, que je sois là ou à l'étranger, je relève toujours mes résultats d'INR »

E15 « -Quand vous êtes en congés ou... ? - [...] on essaie de gérer aussi pour ne pas faire les prises de sang ces temps-ci aussi hein. »

... retentissant parfois sur l'organisation personnelle.

E15 « Bin dès fois euh ils m'appellent euh sur mon portable »

E14 « je ne trouve pas un remplaçant, j'ai essayé, j'ai essayé, mais aucun médecin ne veut pas rester ici deux semaines. Et dans ce cas je reste en vacances une semaine, pas en plus. »

E13 « Ah bin oui, pas de problème, je prends une semaine par an alors (Rires sarcastiques), c'est pas un gros gros souci. »

d) La secrétaire

Avoir un secrétariat est perçu comme un atout pour simplifier la gestion administrative des AVK. A contrario, pour les médecins sans secrétariat, cela représente un frein dans la relation avec leurs patients.
--

E9 « Nous on a la chance d'avoir une super secrétaire qui est, qui est hyper dégourdie, qui gère très bien ça » « elle nous aide beaucoup dans cette gestion là, mais je pense que le gars qui est tout seul sans secrétaire, ça doit être quand même vraiment une vraie charge de travail »

E15 « le secrétariat c'est bien, c'est le confort pour nous, mais ça enlève beaucoup le côté humain, le contact. »

e) L'infirmier diplômé d'Etat (IDE)

L'IDE représente un intervenant majeur dans la gestion des AVK, surtout chez les personnes âgées. Pour les médecins ils ont un rôle à jouer en matière d'éducation et d'observance.

E3 « Pour les personnes âgées euh donc là c'est l'infirmière qui nous appelle [...] Ca aussi, ça sécurise quand même, ça sécurise »

E12 « je leur fais une confiance absolue. Ah oui. Elles ont de la qualité hein. »

E6 « Alors dès que les gens vieillissent euh et que je suis plus tellement sûr de l'observance euh alors je fais intervenir l'infirmière »

E9 « puis l'éducation aussi je pense [...] ils ont certainement plus parlé entre les infirmiers et la patiente qu'avec moi. Puisque c'est vrai que quand elle vient nous on a d'autres, d'autres trucs à gérer que ça en fait hein. »

Les praticiens, dans notre étude, sont partagés quant à une possible prise de responsabilité plus importante.

E6 « Je suis pour que l'infirmière prenne plus de responsabilités, c'est ce qu'elle fait en bonne entente »

E9 « Mais euh c'est vraiment pas sorcier donc euh, peut être que oui, ça nous déchargerait un petit peu si eux pouvaient adapter la poso des gens »

E9 « Mais c'est vrai que je pense ça doit rester un acte médical à, à l'heure actuelle, donc à mon avis ils doivent pas avoir le droit de le faire. »

E13 « c'est pas à elle de le faire. »

f) Le laboratoire d'analyses médicales

La communication avec le laboratoire d'analyses est jugée très satisfaisante par la majorité des médecins, mais quelques failles les obligent à rester vigilants.

E6 « Le laboratoire en général ils sont très bons, c'est-à-dire qu'ils téléphonent tout de suite. »

E12 « le lien est, euh je vous dis, est parfait avec le laboratoire. »

E10 « Alors pour le laboratoire c'est très « personne-dépendante » [...] Par exemple y a un laboratoire qui me dit toujours qu'il essaie de me faxer alors que ça fait 10 ans qu'on n'a plus de fax (rire). »

E9 « Alors le labo essaie de mentionner la prise, le dosage qu'ils prennent, mais c'est arrivé que ce ne soit pas complètement fiable »

E12 « Après faut... bah... faut suivre quoi, il faut rester concentré »

Plusieurs médecins souhaiteraient une meilleure alerte du laboratoire en cas d'INR trop bas.

E16 « Ah ouais, s'ils voient un TP – INR vachement haut ouais, s'il est bas non, mais s'il est trop haut ça leur fait peur. »

E8 « si vraiment c'est pas bon, déjà ils me l'envoient mais ils m'appellent [...] Pas en dessous en général (Petit rire) c'est quand il est trop fort »

g) Le pharmacien d'officine

Les médecins généralistes interrogés semblent méconnaître le rôle des pharmaciens dans la réalisation d'entretiens éducatifs sur les AVK.

E12 « J'ai pas entendu parler de ça. »

E2 « je pensais que les pharmaciens allaient pouvoir adapter les traitements »

Leurs opinions sur ce dispositif s'avèrent très controversées.

E6 « alors j'ai vu qu'il y avait des syndicats de médecins qui s'insurgeaient contre ça, c'est, c'est de la connerie. Mais c'est, c'est vraiment... euh c'est très bien, moi je suis pour que ils prennent des initiatives »

E7 « Je pense que chacun a sa place, on n'est pas du tout en compétition. »

E13 « maintenant y a le pharmacien, y a tout le monde qui s'y met. Il y a le pharmacien qui a demandé un forfait gestion des AVK »

E14 « c'est pas pareil à la pharmacie euh... c'est comme dans un magasin. Ici tu restes, tu parles, tu demandes »

La mise en place de ces nouvelles dispositions semble avoir eu un impact psychologique fort pour certains médecins généralistes.

E13 « Je vois pas pourquoi c'est eux qui gèreraient maintenant alors que nous on a toujours géré. C'est quoi ce souc ? Bon. Voilà, mon point de vue il est énervé. »

Effectivement, on note des attitudes non verbales plus marquées lorsqu'on aborde ce sujet, les mots sont plus forts et les réactions plus vives.

E6 « c'est de la connerie » « en tapant sur le bureau »

E15 « Je suis très très en colère » « jette son stylo sur son bureau »

Il semble que la question financière, notamment, soit source de rancœurs.

E10 « je suis pas pour. C'est pas une question de rémunération pour les pharmaciens, qui vont encore s'en mettre plein les fouines (Rires) »

E13 « Ils ont 40 € par an pour ça. Franchement moi j'ai zéro euros pour la gestion des AVK. »

E15 « Je suis très très en colère depuis qu'ils ont laissé aux... aux... comment... aux pharmaciens et puis ils ont... comment... comment... indemnisés... que nous on n'est pas indemnisés, on est pris pour des catégories de voilà (jette son stylo sur son bureau) délaissés et tout. »

h) Le patient

Un des interlocuteurs majeurs dans cette gestion est bien évidemment le patient lui-même.

Les médecins interrogés ressentent les AVK comme une source d'angoisse pour leurs patients. Ils discernent un réel besoin de conseils et de temps chez leurs patients.

E4 « au début on leur fait tellement de prises de sang... [...] puis c'est tout nouveau les gens ça les angoissent un peu. »

E5 « il y a certains patients qui auraient besoin qu'on prenne plus de temps encore. »

E3 « ils ont l'impression que c'est expédié. Mais c'est vrai que nous on manie ça tous les jours donc on n'a pas trop de difficultés avec hein, donc euh, probablement qu'on consacre pas assez de temps. »

Les niveaux d'implication et de motivation à leur propre prise en charge sont très variables d'un patient à l'autre ; Cela n'est pas sans répercussion sur la relation médecin-malade.

Plusieurs médecins témoignent d'expériences où ils sont confrontés à l'inertie de certains de leurs patients :

E5 « Ca m'est arrivé d'aller chez eux, je le fais moins (rires). D'aller sonner à la porte. Et sinon, je leur donne la consigne aux secrétaires pour qu'elles les harcèlent au téléphone jusqu'à ce qu'on l'ait. »

E6 « Oui, ça s'est produit une fois ou deux ça, à ce moment là j'y vais [...] j'arrivais pas à la joindre, donc j'y suis allé, voilà. »

Certains médecins constatent que leur niveau d'implication est peu reconnu et que les attentes des patients sont disproportionnées.

E9 « Mais c'est vrai que les gens individuellement ne se rendent pas compte je pense à quel point ils sont nombreux à avoir besoin de, du fait qu'on gère ça. »

E13 « on est pris là-dedans, les patients sont trop contents de nous appeler à n'importe quelle heure, ils viennent le dimanche je suis pas de garde, ni rien, ils viennent quand même, c'est

insupportable ça. Comme j'habite là. J'habite, j'ai le cabinet, c'est une catastrophe ça, de faire ça (en tapant sur le bureau), jamais faire ça (souple). Alors des fois y a des INR, oui, des gens qui viennent me voir le dimanche « oh vous avez vu mon INR, qu'est-ce que je fais ? » ouh (souple), ils ont rien compris. Y a des médecins de garde maintenant à Frangy, on a fait un système qui fonctionne impeccablement, hé bien ils viennent quand même, ils habitent pas loin, ils passaient par là. »

FREINS A UNE BONNE GESTION DES AVK EN MEDECINE DE VILLE

La gestion des AVK, c'est l'interaction de beaucoup de facteurs et de multiples intervenants. De ce fait, les possibilités d'obstacles à une bonne gestion sont nombreuses.

On peut citer ce médecin qui réfléchit tout haut et énumère les facteurs rencontrés qui rendent la gestion difficile : E6 « (long silence, réfléchit) Hummm, alors (raclement de gorge). Ils sont souvent polymédicamentés donc euh ... y a souvent beaucoup de choses à dire. Ils sont quand même souvent un peu vieux... Euh... donc euh ... par exemple les, les ... dès fois les gens ne prennent pas le... le décoagulant le soir. Et puis... pfff... L'observance stricte... soit que j'ai pas suffisamment formulé clairement le, le, le, au moment de la prise. Quelque fois aussi sur le plan alimentaire les gens ne font plus attention, ils se rappellent plus ce qu'il faut éviter... »

a) Connaissances théoriques

Les difficultés de respect des recommandations de bonne pratique au quotidien représentent un frein à une bonne gestion des AVK.

E2 « je pense qu'il y a beaucoup de patients non seulement leur traitement sont mal gérés mais en plus bien souvent des patients qui ne devraient pas être sous AVK ... »

E4 « J'ai aussi eu le cas de quelqu'un qui est resté longtemps sous AVK et puis finalement il en avait pas besoin (rires). En fait c'était une valve ... pas mécanique [...] Dès fois il y a des petits trucs, y a des couacs »

b) Prescription et molécule

Les médecins généralistes interrogés soulèvent plusieurs obstacles :

- Le choix de la molécule, qui influe sur l'équilibre de l'anticoagulation ;

E13 « Maintenant il y a plus que le Previscan qui est à la mode, au lieu d'utiliser la Coumadine qui est beaucoup plus stable, beaucoup plus maniable. »

- Les interactions médicamenteuses et alimentaires, difficiles à gérer ;

E7 « on s'en sort pas, donc on contrôle, on contrôle, on contrôle. Voilà. Souvent je pense que c'est les molécules entre elles, parce que c'est souvent des patients polymédicamenté »

E12 « le problème c'est à quel point est-ce qu'on peut éventuellement de temps en temps mettre un anti-inflammatoire, le seul truc qui, qui, pffff... où même les médecins ils sont pas d'accord entre eux »

E6 « Quelque fois aussi sur le plan alimentaire les gens ne font plus attention, ils se rappellent plus ce qu'il faut éviter »

- La difficulté de sécabilité du comprimé Previscan, qui pourrait entraver le bon équilibre de l'anticoagulation et sa stabilité.

E16 « les gens ils disent que dès fois c'est chiant à casser en quart, le quart c'est chiant quoi. Ils le disent que c'est pas toujours facile, en plus c'est des gens qui sont âgés, donc ouais c'est pas facile. Je pense ça pose, c'est un problème. »

En ce qui concerne la prescription et le renouvellement, les médecins confient un suivi plus espacé pour répondre à la problématique de la gestion du temps au cabinet, et ce au détriment de la qualité des soins.

E13 « des malades hyper stables c'est 6 mois, des malades un peu fragiles qui comprennent pas tout c'est 3 mois, c'est rare que je vois les gens tous les mois. C'est très très très rare. J'ai plus le temps. [...] Donc je fais des ordonnances de plus en plus éloignées ce qui est pas bon du tout pour le suivi. »

c) Adaptation de dose, gestion des INR et gestion du temps

Cette gestion est perçue comme une tâche administrative. Des coups de fil itératifs et un timing non choisi la rendent problématique.

E13 « pffff, c'est vrai que c'est lourd à gérer administrativement » « le patient nous appelle on n'est pas toujours sur l'écran et euh on peut pas se permettre de dire une bêtise. Donc c'est pas toujours confortable. »

Pour les médecins généralistes, l'enjeu de la gestion des AVK en libéral est de trouver le bon équilibre dans le temps qu'ils y consacrent.

E2 « il faut les adapter souvent mais bon, pfff, pour moi c'est pas une raison pour malfaire euh... c'est sûr ça prend du temps mais il faut le faire, on est payé pour hein »

Pour un médecin, plus les années passent, plus cette pression liée au temps est difficile à gérer.

E13 « A 61 ans je peux plus faire le plein temps que je faisais quand j'avais 35 ans que j'étais super costaud. Travailler jour et nuit là je peux plus maintenant, rétamé. Donc les gestions d'INR, gestion de ci, gestion de là, les infirmières sans arrêt nous demandent d'aller voir le patient qui est mourant, le truc, le machin, je, j'ai pas du tout la même prestation qu'avant donc c'est sûr que les INR ils doivent s'en ressentir aussi. »

d) Freins en matière d'éducation, de compréhension et d'observance

Selon les médecins interrogés, des difficultés sont rencontrées dans l'éducation du patient. Celle-ci est limitée : - tantôt par la disponibilité ou par les aptitudes propres du médecin ;

E1 « dès fois je sais pas toujours bien les renseigner »

E14 « Alors moi je trouve que ici éduquer le patient c'est le rôle du médecin traitant, s'il a le temps, mais si tu as 30 patients par jour je ne pense pas que tu peux faire ça. »

- tantôt par la motivation et la compréhension du patient.

E13 « Bin oui parce qu'il y a des patients qui comprennent rien, des patients qui voient pas pourquoi on leur donne euh, à quoi ça sert, comment bouger les traitements, on leur explique deux fois, trois fois puis à la dixième fois on leur explique plus (en tapant sur son bureau) on leur dit « c'est ci, c'est ça », on est super derrière eux parce qu'ils ont rien compris et il y a des risques énormes. »

E9 « les gens sont pas forcément toujours demandeurs d'ailleurs, c'est ça qui m'étonne, c'est qu'il faut... c'est à nous de faire le premier pas, c'est pas eux qui posent les questions, en tout cas ça m'est pas arrivé souvent. »

La bonne gestion des AVK peut être entravée par des difficultés de compréhension. Selon les médecins, ces difficultés sont favorisées par une communication essentiellement par voie orale et par l'avancée en âge des patients.

E6 « Alors quelques fois les gens, les personnes âgées ça pose problème le téléphone, parce que des fois il ... ils se trompent. »

E16 « Après c'est pépé – mémé le problème c'est, voilà. (téléphone sonne) Bin oui. Mais quelqu'un qui est jeune (téléphone sonne) qui comprend le pourquoi du comment, si voilà y a 6 mois d'AVK à faire bin il a 6 mois d'AVK à faire, il le sait et puis voilà quoi »

L'observance thérapeutique n'est pas optimale. Pour les médecins, cela s'explique par un relâchement des patients, mais parfois aussi d'eux-mêmes. Ils estiment que c'est une source potentielle de déséquilibre de l'anticoagulation.

E6 « Ce qu'il se passe c'est qu'il y a certaines personnes qui ont des INR très stables puis qui au bout d'un moment ils espacent les INR, puis moi ça m'échappe. »

E6 « j'ai pas mal de patients donc je fais des ordonnances pour 6 mois quand ils sont bien équilibrés et puis euh ben moi je me rends pas compte qu'ils font pas leur INR régulièrement. Bon c'est, c'est un peu ennuyeux quand même. »

e) De multiples intervenants

Transmission et traçabilité de l'information

Une transmission de l'information défectueuse ou une mauvaise traçabilité de l'information peuvent être un frein à la bonne gestion des AVK.

E2 « à vrai dire il m'est arrivé qu'un labo me transmette un résultat faux ! (Rires) au début de ma carrière. Donc c'est pour ça que j'ai été vacciné contre la transmission de l'information par téléphone »

E9 « Ah oui, un autre problème qu'on n'a pas évoqué : c'est quand on voit qu'un INR est pas bon, il faut retrouver qu'elle est la posologie actuelle du patient, et très souvent elle correspond pas à celle qui est marquée sur l'ordonnance d'il y a 3 mois ou il y a 6 mois. » « Parce que ça se fait souvent oralement et euh... non effectivement, on le note pas, moi je le, je crois pas que je le note souvent en fait hein. Justement c'est pour ça aussi que ça, qu'on peut avoir les soucis de connaître l'ancienne poso »

Les médecins spécialistes d'organe

Des désaccords et un manque de communication entre cardiologues et médecins généralistes entravent parfois la gestion.

E2 « une introduction sauvage entre guillemets d'AVK par une cardiologue alors que moi je voulais pas [...] voilà le genre de soucis que je peux avoir les cardiologues quand on n'est pas d'accord sur l'indication. »

E3 « mais les cardiologues ne disent pas toujours quel est l'INR cible donc parfois on ... on pense qu'il faut ... qu'il faut un peu plus alors qu'on pourrait se contenter de euh ... »

E13 « Parce que moi j'ai pas tellement peur des thromboses, j'ai peur des hémorragies. Et les cardiologues ils ont peur des thromboses. On n'a pas du tout le même point de vue avec les spécialistes »

L'hôpital

La principale difficulté pour les médecins généralistes interrogés est le délai de réception du compte rendu d'hospitalisation.

E13 « Souvent on reçoit le courrier, le compte-rendu opératoire 1 mois après. Enfin c'est la grande foire généralisée. On est en pétard nous les généralistes hein, parce qu'on dit « voyez avec le médecin traitant » mais y a rien de fait en fait, rien de préparé, c'est à nous de tout revoir à fond, comme si on avait un temps infini quoi (petit rire).

Pour ce qui concerne la qualité de l'information et de l'éducation délivrées au patient sur son traitement AVK les avis divergent.

E10 « quand les patients sortent de cardio avec les AVK tout est... tout est cadré quoi y a pas de problème. L'information est faite »

E3 « Après ils ont une information mais à l'hôpital ils ont beaucoup d'informations ... euh donc ce qu'il en reste derrière quand on arrive à la maison euh ... »

E13 « les gens ont aucune explication, ils savent pas à quoi s'en tenir, quel taux il faut respecter, qu'est-ce qu'il faut faire en cas de taux anormal, ils en savent rien, que dalle, rien. Alors nous on doit tout reprendre à zéro. »

Et quand les médecins cherchent un contact direct, par téléphone, la communication s'avère plus ou moins facile :

E6 « L'hôpital euh... pour avoir les cardiologues c'est pas très facile, mais bon, on y arrive quand même. »

E15 « à la clinique tu vois en plus maintenant il faut payer pour joindre les collègues (Rires) »

E5 « quand on est aux heures ouvrables de secrétariat de l'hôpital j'appelle pour qu'ils me faxent, mais ça prend du temps supplémentaire, c'est compliqué. »

Les associés / remplaçants

L'exercice seul en cabinet semble, pour les médecins dans cette situation, ajouter une difficulté supplémentaire en ce qui concerne la gestion des AVK.

E14 « vraiment je ne trouve pas quelqu'un qui peut me remplacer pour rester en vacances deux semaines, non [...] Mais euh... je... j'ai besoin de ma vacances. Quand je sors pour une semaine, c'est Nathalie infirmière, ou vraiment s'il y a quelque chose pour toutes les personnes âgées ou avec des maladies chroniques, avec Previscan, pfff c'est 15 ou médecin de garde. »

E8 « Euh ... je peux dire que j'ai une patiente qui est morte ? (Rires gênés) [...] Mais enfin bon ça c'est mal goupillé parce que j'étais pas là, donc j'ai géré ça les AVK alors que j'étais sur Lyon »

La secrétaire

Le secrétariat est perçu comme un atout pour les médecins qui en ont un, et comme un frein pour les médecins qui n'en ont pas.
--

E16 « Ah bin c'est mieux pour les gens, ils tombent directement sur moi, c'est clair. Donc l'info ils l'ont direct, s'il y a un secrétariat c'est l'enfer. Je trouve hein. Pour ça, parce que les gens ils veulent parler à moi là, pas à la secrétaire. »

Il y a aussi le télésecrétariat, frein dans la communication directe entre les différents intervenants selon un médecin

E15 « Et puis impossible de joindre une collègue alors que normalement c'est... dire que voilà entre collègues c'est prioritaire tout ça. »

L'IDE

L'IDE, un intervenant indispensable, selon tous, à la bonne gestion des AVK dans certaines situations, mais un mode de fonctionnement qu'ils n'apprécient pas toujours.

E13 « Bin les infirmières elles sont pas toujours joignables, parce qu'elles sont souvent sur répondeur, elles sont souvent en tournée ou en voiture, donc on n'ose pas trop les déranger. »
« Les déplacements d'infirmières hein (en soufflant et mettant sa main par-dessus la tête) qui viennent à domicile ... on peut pas aller à leur cabinet, c'est un peu gros ça. Ca me plait pas du tout moi au niveau gestion [...] ça a pas l'air de les intéresser du tout d'ouvrir un cabinet avec des horaires. Elles travaillent à l'envers de nous, elles marchent sur la tête »

Les laboratoires d'analyses médicales

Un rôle en matière d'alerte biologique qu'ils assument pleinement selon les médecins, qui se disent donc satisfaits. Seul un médecin a un vécu plus difficile, il évoque des difficultés à gérer correctement les traitements AVK de ces patients, liées au laboratoire.

E13 « Bin avec le système H'Prim, y avait un petit progrès au début parce qu'on avait vraiment dans l'instant le résultat qui se mettait sur le dossier, vachement pratique. Mais maintenant qu'ils ont décentralisé les dosages d'INR ça a été une régression. Parce qu'il y a des délais quoi [...] Donc là y a eu une dégradation due à la centralisation, les labos ils ont voulu rentabiliser, ils ont leur politique commerciale qui est complètement à l'opposé de la notre. »

Le pharmacien d'officine

Il semble que la collaboration médecins-pharmaciens soit plus difficile, certains médecins évoquent un déséquilibre dans les responsabilités engagées.

E7 « Par contre qu'on ait bien nos responsabilités, chacun bien partagées hein. Que ça nous retombe pas s'il y a un pépin (petit rire). Parce que quand il y a des pépins on retrouve facilement le médecin quand même. Voilà (rire). Chacun ses responsabilités et on est complémentaire ouais. »

D'autres estiment que l'intervention des pharmaciens au cours d'entretiens éducatifs représente une dispersion de l'information et donc une perte de clarté.

La majorité des médecins interrogés se demande si cela doit évoluer vers une adaptation de dose d'AVK réalisée par les pharmaciens :

E9 « dans l'absolu j'ai, j'ai rien contre. Je pense que ... ce qu'il faudrait par contre c'est qu'il y ait pas, ouais il y ait pas de redondance. C'est-à-dire si ils vont à la pharmacie puis qu'ils viennent quand même vous voir »

E16 « Maintenant s'il veut les équilibrer (téléphone sonne) je veux bien leur refourguer aussi le truc hein. (Silence) » « enfin ouais non ce sera mieux fait par nous voilà (téléphone sonne). Mais après moi vous savez je suis cool hein. S'il y a des grands au dessus de nous qui décident que le pharmacien va le faire bin qu'il le fasse hein, aucun souci, moi ça m'enlèvera du boulot. »

« Mais les pharmaciens ils vont faire comment, comment ils vont faire avec les antécédents, les machins, ils ont pas les courriers, ils ont rien, ils savent pas, voilà, je veux dire (téléphone sonne). Je pense ce sera ingérable. Je pense que c'est bien qu'ils aient un rôle d'information sur les AVK tout ça (téléphone sonne), c'est super bien. Maintenant qu'ils... adapter les, les posologies, je sais pas trop comment ils vont faire. Et je vois pas ce que ça va amener de plus. »

Quelle est la perception des médecins généralistes sur l'avis que se font les pharmaciens de leur rôle dans la gestion des AVK ?

E3 « je suis pas sûr qu'ils soient très à l'aise avec euh... vraiment les adaptations de dose, je suis pas certain qu'ils revendiquent ça non plus. Sans compter qu'il y a pas toujours le pharmacien dans la pharmacie. »

E6 « moi je suis pour qu'ils prennent des initiatives, je suis pas sûr qu'ils les recherchent tellement, parce que ça va les ennuyer (rires) »

E16 « Mais ils feront jamais ça, parce qu'ils savent pas le faire et ils auront trop peur de le faire. Je pense pas qu'ils veuillent le faire. »

Le patient

Les patients sont, en grande partie, responsables du bon équilibre de leur anticoagulation et ils représentent parfois le premier obstacle à une gestion réussie des traitements AVK.

E13 « Là maintenant faut vraiment aller à la pêche des données, rattraper le malade qui souvent est pas chez lui, laisser un message, il rappelle et nous on n'est plus là, etc... Ca devient super sportif hein. »

E9 « Le problème qu'on va avoir c'est les gens après qui on doit courir, c'est-à-dire qu'on reçoit un INR, on a un INR qui est pas bon, même s'il est pas cata hein, et quand on est obligé de courir après les gens pour leur dire euh « oui, ça va pas, faut modifier », on a parfois l'impression de faire un vrai... un vrai nursing quoi. [...] quand ils font une prise de sang, il faut qu'ils nous rappellent derrière, parce qu'on veut bien les aider à gérer leur traitement, mais c'est pas à nous de leur courir après, mais malgré ça il y en a systématiquement faut les... faut chercher à les joindre. Et euh...on arrive pas forcément, on leur laisse des messages, ils vous rappellent pas forcément... donc ça fait pas mal de tracasserie administrative et de boulot en plus pour pas grand-chose. »

MOYENS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESOUDRE CES DIFFICULTES

Les médecins généralistes interrogés nous ont suggéré plusieurs axes d'amélioration :

a) Améliorer les connaissances théoriques des médecins

Il s'agirait, selon eux, de renforcer les connaissances théoriques en mettant des moyens à disposition pour une meilleure gestion : FMC, guides de bonne pratique, lien privilégié avec les spécialistes

E8 « Bon dès fois j'ai des doutes je regarde les référentiels »

E10 « reparler des ... ouais... des zones cibles, peut être reparler des critères aussi euh... des critères de mise sous AVK [...] Ouais en FMC ouais. Enfin moi je crois beaucoup à la FMC »

b) Prescription et molécule

Le choix de la bonne molécule dès l'instauration du traitement pourrait permettre d'améliorer l'équilibre de l'anticoagulation.

E13 « il y a des gens impossibles, c'est jamais stabilisé. Alors tous ceux-là j'essaie de les passer à la Coumadine [...] au bout d'un moment faut qu'on trouve une solution, on peut pas tout le temps se téléphoner, bouger, machin. Et puis à la fin on n'arrive plus à les piquer hein. »

Ils soulignent des efforts nécessaires pour informer, répéter, insister auprès des patients sur les risques d'interactions et sur la nécessité de renforcer la surveillance biologique en cas de coprescriptions.

E8 « les co-prescriptions [...] Alors bien sûr bon là on essaie d'être plus vigilant donc on rapproche les INR »

E3 « je rappelle les précautions vis-à-vis des anti-inflammatoires, quand on leur introduit un traitement de bien rappeler qu'ils sont sous anticoagulants, euh voir de faire des contrôles un peu plus souvent quand on il y a un nouveau traitement »

Les médecins interrogés déclarent, globalement, toujours attendre des améliorations pharmacologiques concernant les molécules antivitamine K.

E9 « on se retrouve parfois à faire un peu des ... des, des calculs d'apothicaires et des, des, des morceaux de comprimés qui doivent pas forcément être 50 – 50 donc ça peut jouer aussi un petit peu. Donc si Monsieur Previscan pouvait nous sortir un mini Previscan qui vaille ½ ou ¼ ce serait top. »

E13 « Ben j'aimerais qu'il y ait autre chose que les AVK, l'INR et tous ces trucs diaboliques à gérer et qu'il y ait des anticoagulants fiables avec des antidotes. Donc j'attends un peu plus des labos pharmaceutiques, qu'ils nous sortent des produits un peu mieux que ce qu'ils ont faits parce qu'il y a pas eu de progrès »

Certains médecins suggèrent d'utiliser l'ordonnance pour alerter sur l'INR cible et comme un support pour déclencher une information de santé publique, ce qui permettrait de contrôler et sanctionner les patients mal-observant.
--

E3 « sur des demandes d'ALD, peut être qu'ils devraient envoyer aussi un message aux patients... euh ... les messages de santé publique ça passe bien [...] une ordonnance c'est finalement c'est assez transparent et ça pourrait déclencher derrière un support d'information»

E6 « imposer, quelqu'un qui est sous anticoagulant doit, c'est comme ça, sinon il est pas remboursé, enfin un truc un peu rigide comme ça »

Inscrire l'INR cible *E9 « je devrais peut être le faire plus souvent, ce qui permettrait peut être d'impliquer un peu plus les gens »*

c) Adaptation de dose : gestion des INR et gestion du temps

Il pourrait également s'agir de développer l'auto-dosage de l'INR pour faciliter la gestion et améliorer le bon équilibre de l'anticoagulation.

E13 « Donc on attendait un petit peu des nouveaux euh auto-dosages, comme pour les diabétiques, mais on voit pas trop arriver la couleur hein »

Travailler en équipe permettrait une gestion plus efficace et moins chronophage des AVK.

*E13 « Boh bin moi j'ai rien à proposer hein, je suis pas un homme politique hein euh. Moi je, je propose qu'on, qu'on y arrive quoi (Rires). Qu'on soit assez nombreux, qu'on nous laisse un peu de temps. [...] des moyens en temps, pas forcément en argent. Je demande pas un forfait INR, c'est ridicule. Mais des moyens en temps, ça veut dire plus de médecins à la campagne. »
« la gestion elle serait mieux faite si on avait plus de temps, plus de moyens, si y avait plus de médecins à la campagne, mais c'est pas du tout le cas »*

E15 « (Réfléchit en soupirant) qu'on dispose plus de, de, de secrétaires (rises). Pour pouvoir gérer beaucoup de choses. Non mais c'est vrai on n'a pas le temps et puis on gère tout. Il faut tout faire, c'est ça. »

Le développement des maisons médicales serait, pour les médecins interrogés exerçant seul, la meilleure solution.

E13 « les maisons médicales pourquoi pas, c'est à la mode, si ça implique une organisation très structurée avec des consultations programmées pour ce genre de choses pourquoi pas, faut s'ouvrir à de nouvelles méthodes, faut pas rester comme j'ai fait moi hein, faut jamais refaire ce que j'ai fait. Parce qu'on se prend les pieds au bout d'un moment, on est débordé et puis on fait pas du bon travail. On s'aperçoit que ... pfffff (soupire) avec la difficulté on gère plus, on n'assume plus comme on aurait pu. »

E15 « Non mais c'est vrai on n'a pas le temps et puis on gère tout. Il faut tout faire, c'est ça. Pour moi c'est, c'est plus ce côté-là, c'est pour ça que je meurs d'envie d'avoir une maison médicale où il y a des infirmières tout ça, on travaille en équipe tout ça, on peut plus. »

Améliorer la communication, en développant la transmission de l'information par courrier électronique, permettrait d'améliorer la gestion globale des AVK.

E6 « Ben les jeunes générations on pourrait imaginer euh... qu'elles... un système d'email quoi. Voilà. Donc toutes les 3 semaines vous faites un email donc les gens ils font l'INR ils envoient l'email, je réponds « ok, même traitement ». Ca je le verrais volontiers. »

Mais,

E6 « L'internet non, parce que la génération qui est concerné par les... les AVK actuellement n'est pas, n'a pas accès à l'informatique. »

Améliorer les logiciels médicaux permettrait de faciliter la traçabilité de l'information.

E9 « Si j'avais dans mon logiciel une case exprès « INR » « poso » comme on a maintenant pour le suivi des indicateurs de santé publique avec l'hémoglobine glyquée, le LDL et ainsi de suite oui ce serait top, ce serait sûrement plus facile [...] je suis pas sûr que je prendrai le temps de rentrer dans le dossier, d'aller chercher la case exprès... »

d) Education, compréhension et observance

Pour la majorité des praticiens interrogés, il serait important d'améliorer les connaissances théoriques des patients, c'est-à-dire de renforcer l'éducation et limiter les difficultés de compréhension.

E5 « Une meilleure éducation des patients oui. Peut-être un accompagnement... Pfff dans un monde idéal s'il y avait un accompagnement, une infirmière qui s'occupe que de ça, oui pourquoi pas et qui appelle les patients.»

E13 « Bin ça serait bien que le patient avant de sortir d'un établissement quel qu'il soit, soit informé correctement. Qu'est-ce qu'il y a faire dans tel cas [...] Un diabétique bien informé il gère euh, nous finalement on n'a pas grand-chose euh... à rajouter quoi. Et c'est très bien, quand les malades gèrent, c'est 100 fois mieux. »

E13 « on répète souvent 3 – 4 fois pour être sûr qu'ils ont bien compris, même on leur fait marquer »

E11 « faut répéter, réexpliquer, leur faire écrire »

S'appuyer sur l'entourage familial ou faire intervenir l'IDE permettrait de limiter les difficultés de compréhension et/ou d'observance.

E13 « Alors quand il y a de l'entourage, la famille c'est du gâteau, parce que souvent bon là ça se fait tout seul »

E16 « Si on sent que ça va pas le faire (téléphone sonne) et que c'est ingérable, c'est l'infirmière qui le gère, voilà euh, ou le conjoint »

E7 « il faut bien s'assurer que les gens comprennent et quand ils comprennent pas je laisse pas le choix : infirmière à domicile. Alors là c'est fabuleux hein » « Et les patients tout seul, pas de famille, ça va pas, et ben Hop, l'infirmière. »

e) Fédérer les différents intervenants

Partager les responsabilités et déléguer certaines tâches faciliteraient la gestion des AVK.

Une délégation de tâche avec l'IDE semble plus facilement envisagée qu'avec le pharmacien.

E9 « euh oui peut être ça, que les infirmiers puissent gérer ça sans passer par nous. »

E10 « on se pose la question en France et on a déjà la réponse en Angleterre pour les délégations de tâches hein donc c'est une médecine qui coûte moins cher, qui permet de déléguer à d'autres personnes paramédicales un travail qui est souvent fait par le médecin bon on peut tout à fait imaginer que ça puisse être fait tout à fait bien par une infirmière. C'est ce qui se passe un petit peu parfois, avec des cas d'erreur, dont je pourrais parler (petit rire). »

De façon plus large, il s'agirait d'améliorer la communication et de redéfinir le rôle de chacun.

E9 « faudrait peut-être qu'il y ait une espèce de parcours de soin et qu'on définisse précisément, si toutefois c'est possible, la place de chacun. »

f) Ressenti global sur d'éventuelles améliorations

La plupart des médecins interrogés se disent satisfaits de la gestion des AVK et estiment qu'il n'y a que peu de choses à améliorer.

E3 « Moi je trouve que euh ... c'est pas si mal. »

E16 « Bin moi j'ai pas de difficultés, y a rien à améliorer, c'est bien comme ça. »

NACO, ALTERNATIVE D'AVENIR ?

Pour conclure notre étude, nous avons également interrogé les médecins sur leur perception des nouveaux anticoagulants oraux NACO afin de savoir s'ils représentent une l'alternative aux difficultés de gestion des AVK.

Les médecins témoignent de leurs doutes et incertitudes concernant ces molécules, qu'ils rapportent également rencontrer chez leurs patients.

E7 « A tel point qu'on a des patients jeunes qui sortent de service ultra top là, de réa, de cardio, et tout ça, qui viennent vers nous, alors ça c'est vraiment terrible, ils nous disent « écoutez on vient vers vous parce que le professeur, le spé il nous a mit ça, mais nous on préfère vous nous donniez votre avis et que vous nous donniez vos médicaments (Rires) » et ça c'est terrible hein. »

E6 « y a eu un engouement puis là il y a un petit frein là euh... donc on sait plus trop... je sais pas trop... »

E12 « Je vois que beaucoup de cardiologues reviennent aux AVK »

En revanche ils estiment que ces traitements représentent dans certaines situations une alternative très intéressante :

E8 « Donc ça m'a permis de switcher justement les certains INR qui étaient incontrôlables, enfin difficiles à gérer, voilà. »

E11 « y a plus de dosage, y a plus de problème, y a plus de coup de fil [...] c'est peut être un parti pris uniquement pour ma petite vie... enfin pour ma gestion à moi quoi en fait »

« Mais c'est vrai que sur le papier, ça a transformé la vie de certains quoi en fait. »

Ils sont plusieurs à préciser que l'absence d'antidote représente pour eux un argument qui effraie les médecins.

E10 « il m'arrive d'en prescrire mais peu souvent, plutôt de renouveler. Euh voilà. Parce que (Réfléchit). Euh... d'abord je sais, enfin je sais qu'actuellement y a pas d'anti-euh... y a pas d'antidote. »

E13 « Bin y a pas eu de progrès. Parce que y a pas de sécurité d'emploi, y a pas d'antidote, c'est des produits hasardeux avec beaucoup d'hémorragies. »

La problématique financière en toile de fond interroge certains médecins :

E10 « Les contrôles d'INR c'est pas très cher, quand on voit le prix qu'on paie une infirmière pour une prise de sang c'est quatre euros et quelques hein, euh je pense pas que ce soit très très cher hein et je suis toujours surpris (Téléphone sonne) par le coût des nouveaux, des nouveaux anticoagulants »

E16 « Je pense les AVK ont la même place qu'ils avaient euh voilà... vont garder leur place. En plus c'est très bien ça coûte pas cher. »

D'après les médecins interrogés, les NACO représentent une alternative aux AVK très intéressante dans certaines situations mais ils ne doivent et ne vont pas supplanter les AVK selon eux.

E16 « Après ça peut être bien, je pense c'est bien dans le cas des phlébites tout ça, chez les gens qui sont jeunes, voilà, pas poly-machins. Ca c'est vraiment bien, puis c'est en comprimé, voilà, ça c'est bien. Par contre chez les vieux, insuffisant rénal, qui ont des milliards de trucs euh... bin c'est pas possible déjà (Rires). Puis c'est quand même les vieux qui prennent les anticoagulants, plus que les jeunes. » « Donc c'est une alternative, mais je pense pas que ça va les remplacer. Je pense les AVK [...] vont garder leur place. »

E13 « j'aimerais qu'il y ait autre chose que les AVK, l'INR et tous ces trucs diaboliques à gérer et qu'il y ait des anticoagulants fiables avec des antidotes. »

IV. DISCUSSION

A. Pertinence et limite de l'étude

La grille de lecture *Consolidated criteria for reporting qualitative studies* (COREQ) a été utilisée afin de critiquer objectivement et méthodiquement notre étude (11).

1. L'équipe de recherche

L'enquêteur était inexpérimenté. Ses connaissances en recherche qualitative ont été acquises par la lecture seule de revues de la littérature. Ce manque d'expérience a pu constituer un biais, en influençant et/ou limitant les réponses des participants.

Quatre des cinq premiers entretiens réalisés durèrent moins de quinze minutes alors qu'aucun des huit derniers entretiens ne dure moins de vingt minutes. Cette différence de durée entre les premiers et les derniers entretiens réalisés est marquante et pourrait s'expliquer par ce manque de pratique initiale.

Le recrutement par mode direct a été privilégié pour limiter le risque d'une relation préétablie. Cependant, les entretiens ont été effectués après accord préalable du médecin généraliste interrogé. Trois refus ont été opposés, deux médecins justifiant un manque de temps et un médecin ne souhaitant pas motiver son refus.

Les médecins généralistes interrogés connaissaient le statut d'interne en médecine en poste au Centre Hospitalier Alpes-Léman, hôpital dont dépendaient un certain nombre de cabinets médicaux de ces médecins.

Les médecins savaient également que plusieurs médecins du département étaient interrogés et cherchaient parfois à savoir si leurs dires correspondaient à ceux des autres.

2. La conception de l'étude

Notre échantillonnage a tenté de suivre les règles de l'échantillonnage raisonné. L'investigateur a sélectionné les participants selon leurs caractéristiques pour diversifier au mieux les opinions

et comportements. La constitution de l'échantillon a été réalisée au fur et à mesure de l'étude et ne s'est pas limité à un échantillon de convenance.

Les forces

- La diversité des modes d'exercice : rural, semi-rural, urbain, exercice seul, en association.
- Les profils variés des médecins généralistes : âge, nombre de consultations quotidiennes, ancienneté d'installation.

Les limites

- Aucun médecin remplaçant n'a été interrogé. Ces cas auraient pu enrichir notre description en soulevant des ressentis peut-être différents et des difficultés auxquelles les médecins généralistes installés ne sont pas confrontés.
- Les entretiens ont été exclusivement réalisés dans le département de la Haute-Savoie.

Dans notre étude, seize entretiens ont été réalisés. Une redondance des données est apparue évidente à partir du neuvième entretien. Néanmoins, les entretiens 13 et 16 ont apporté de nouvelles données. Faute de temps, nous n'avons pu poursuivre les entretiens pour aboutir à une saturation des données, c'est à dire jusqu'à ce que l'entretien n'apporte plus d'information nouvelle à l'étude. Toutefois, la diversification raisonnée de l'échantillon et le fort contraste entre les individus nous ont permis d'obtenir des unités d'analyses significatives.

Les entretiens se sont systématiquement déroulés au cabinet médical du médecin interrogé. La possibilité d'être interrompu, notamment par des appels téléphoniques, pouvait diminuer la concentration de l'enquêteur. Chaque interruption a pu entraîner une perte d'information. Tous les entretiens se sont déroulés au cours d'une journée de consultations, douze ont été réalisés entre deux consultations, pouvant limiter le temps imparti à la discussion. Trois des entretiens ont eu lieu en fin de journée de consultations et trois entretiens avant le début d'une plage de consultations.

Seul un entretien s'est déroulé en présence d'une tierce personne, une interne en médecine en stage chez le praticien. Pour le reste, les entretiens réalisés en dualité permettaient une libre expression des médecins interrogés.

La durée moyenne des entretiens était de vingt-et-une minutes. Les entretiens ont été réalisés sur le temps de travail des médecins généralistes. Leur disponibilité était donc limitée, expliquant la différence avec le critère théorique de durée d'un entretien qualitatif établi à trente minutes.

3. Critique de l'analyse croisée

L'analyse des verbatim a été réalisée par deux chercheurs de manière indépendante. Cette triangulation des données a permis d'apporter une plus grande richesse à l'étude.

Les résultats ont été décrits par thèmes répondant à notre question d'étude. Les citations les plus pertinentes et les plus marquantes ont été choisies pour les illustrer.

Les données de cas particuliers ou atypiques ont été conservées dans les résultats mais non discutées.

Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants ce qui aurait pu améliorer la qualité de notre étude par relecture.

B. Gestion des AVK en ville et ressenti du médecin généraliste

Notre thèse est une première étude qualitative du ressenti des médecins généralistes sur la gestion des traitements antivitamine K et de ses particularités en médecine de ville.

L'implication du médecin généraliste dans la gestion des traitements AVK de leurs patients n'était plus à prouver, lorsque l'on se réfère à nombre d'études antérieures qui confirment que le suivi et le renouvellement de ces médicaments sont quasi-exclusivement assurés par les médecins généralistes (12). Ce n'est donc pas une surprise, notre étude retrouve également un sentiment d'implication très fort chez les médecins interrogés.

E16 « C'est un truc de médecine générale, mais c'est toute la journée ça les AVK hein. C'est toute la journée. »

En revanche, il n'y a, à notre connaissance, aucune étude ultérieure qui s'était attachée à interroger les médecins généralistes sur leur perception de cette gestion, leur ressenti et leur vécu personnel. Il ressort de notre travail une perception des médecins généralistes interrogés peu valorisante de leur propre rôle dans la gestion des AVK. Ils estiment y consacrer du temps, y engager leur responsabilité, mais déplorent l'absence de rémunération adaptée en retour et une implication inégale des différents intervenants. La gestion des INR semble être considérée comme une tâche administrative.

E13 « c'est un temps de gestion énorme. Alors ils nous donnent 5 € pour la gestion des dossiers en général, mais pas spécialement pour les AVK, pffff, c'est une misère quoi, on travaille à l'œil, dès fois c'est... »

Lorsque l'on pose directement la question aux médecins généralistes, leur ressenti global est qu'ils ne rencontrent pas de difficultés dans la gestion des traitements AVK. Pourtant, en abordant point par point différents facteurs et étapes-clés de cette gestion, des obstacles apparaissent.

E7 « C'est déjà pas mal, je vois pas ce qu'on peut faire de mieux [...] Bon mais on peut toujours faire mieux hein ça c'est sûr »

La première difficulté est liée à la molécule en elle-même. Notre étude confirme les données retrouvées dans la littérature, à savoir que l'AVK le plus utilisé en France est de loin le fluindione (Previscan) à plus de 60% selon les chiffres du 3^e trimestre 2013 de l'ANSM (1). Pourtant certains médecins s'en étonnent

E10 « je suis toujours étonné de voir le peu d'utilisation de la Coumadine alors que c'est le produit le plus prescrit aux USA, en Angleterre et dans beaucoup de pays d'Europe. »

Plusieurs obstacles sont relevés par les médecins interrogés :

- Le choix de la molécule influe sur l'équilibre de l'anticoagulation ;
- Les interactions médicamenteuses et alimentaires sont difficiles à gérer ;

- La difficulté de sécabilité du comprimé Previscan pourrait entraver le bon équilibre de l'anticoagulation et sa stabilité. Ce paramètre avait déjà été étudié auparavant, dans le cadre d'une thèse de médecine à Paris en 2009, la sécabilité de la fluindione avait été comparée à celle de la Warfarine. Les résultats montraient que la friabilité de la fluindione provoque une variation très importante de la quantité de produit découpé et ce quel que soit le moyen de coupe (13).

- L'écart moyen obtenu pour les ½ comprimés de warfarine est de 6.2%

- L'écart moyen obtenu pour les ½ comprimés de fluindione est de 11.8%

- L'écart moyen obtenu pour les ¼ de comprimés de fluindione est de 18.2%

E3 « Moi je pense toute façon ça reste un produit très imparfait, difficile à manipuler quand même hein ... le problème il est là hein. »

Les médecins interrogés estiment que leur niveau de connaissances théoriques est suffisant pour une bonne gestion des traitements AVK de leurs patients, pourtant certaines études ont montré que les connaissances théoriques des professionnels de santé sur la gestion des AVK s'avèrent parfois incertaines ou que la non-application des recommandations peut avoir un impact négatif sur la bonne gestion de ces traitements (14) (15).

Bien que les médecins généralistes n'en ressentent pas la nécessité, imposer des formations pour réactualiser les connaissances théoriques et reprendre les recommandations de bonne pratique pourrait permettre d'améliorer la gestion des AVK.

Qu'en est-il du niveau de connaissances des patients sur leur traitement AVK ? Dans notre étude les médecins semblent avoir un ressenti global plutôt bon du niveau d'éducation de leurs patients. Si on prend l'exemple de la connaissance de la valeur de l'INR cible un médecin dit « *mais ils le savent à force quoi* » « *vraiment les chroniques ils le savent* ». Pourtant de nombreuses études ont montré que les connaissances des patients sur leur traitement AVK étaient loin de couler de source... Les études françaises, qui datent du début des années 2000, indiquent que les patients n'étaient alors globalement pas suffisamment éduqués. Si 80% des

patients se déclaraient informés des risques du traitement par AVK, plus de la moitié ne connaissaient pas les signes annonciateurs d'un surdosage, 44% ne connaissaient pas leur INR cible et 66% ne savaient pas qu'un saignement devait les alerter (16).

D'autres études plus récentes (2014, 2011) vont également dans ce sens : seuls 22% des patients étaient capables de décrire les symptômes en cas de surdosage et la conduite à tenir dans ce cas. 40% étaient informés des risques d'interactions alimentaires et 60% des risques de l'automédication (17) (18).

Des programmes d'éducation ont été réalisés puis évalués pour juger de leur intérêt et leur efficacité semble s'inscrire dans le temps et persister à distance (17).

Les médecins généralistes que nous avons interrogés ont d'ailleurs mis en l'accent sur l'importance de l'information et de l'éducation du patient. Ils ont mis en avant la nécessité de renouveler l'information du patient (19) et de réévaluer le niveau de connaissances des patients sur leur traitement AVK (17).

Ils ont aussi évoqué leurs propres limites parfois dans leur aptitude à éduquer correctement leurs patients. Et ils ont soulevé les problèmes de motivation et de compréhension des patients, facteurs déjà retrouvés dans la littérature comme frein à la bonne gestion des AVK (19).

La compréhension insuffisante du traitement AVK est un facteur de risque important d'instabilité du traitement (20). Le simple fait de distribuer un questionnaire d'évaluation des connaissances sur le traitement anticoagulant permet d'améliorer la stabilité des INR à 3 mois chez des personnes dont les INR sont mal équilibrés (21).

La communication par oral a été le facteur principal évoqué comme déterminant aux difficultés de compréhension du patient, entremêlé avec son âge. Effectivement plus le sujet est âgé, plus les capacités auditives et cognitives diminuent entravant la communication orale et la bonne compréhension. C'est justement l'un des objectifs des entretiens éducatifs réalisés par les pharmaciens, dont la mise en place est controversée dans notre étude, pour améliorer la gestion des AVK : mettre l'accent sur le dépistage des situations nécessitant l'assistance d'un proche lors de la mise en route de traitement par antivitamine K (22).

E2 « il a compris d'une certaine façon, bref au lieu de baisser il a augmenté ou le contraire et ça a encore fait une catastrophe... »

Mais au-delà de la compréhension, se pose aussi la question de la motivation du patient, importante pour favoriser une bonne observance et donc le bon équilibre du traitement par AVK.

E9 « mais on a toujours quelques personnes, bin comme... comme pour tout quoi, avec qui c'est plus dur. Et c'est ceux-là qui vous fatiguent et qui rendent tout plus difficile en fait »

Il est difficile de faire un lien dans la littérature entre les caractéristiques des pratiques médicales et la mauvaise qualité de l'anticoagulation (23). En revanche, l'existence même d'une très courte discontinuité dans la thérapeutique est un facteur important de déséquilibre. De même, plus les difficultés d'adhésion thérapeutique sont élevées plus la probabilité d'une mauvaise qualité d'anticoagulation est grande (23).

Dans notre étude, les médecins ont spontanément évoqué les difficultés d'observance thérapeutique comme frein à la bonne gestion des AVK. Effectivement, ces résultats sont confirmés par une enquête de l'HAS menée en 2009, où seulement 40% des médecins se déclaraient satisfaits en ce qui concerne l'observance des patients pour ces traitements (19). Ils évoquaient les oublis de prise, les erreurs de dose, la mauvaise compréhension par les patients et la nécessité de renouveler l'information du patient. Ce sont quatre éléments que l'on retrouve dans notre travail.

E9 « c'est vrai, que bizarrement y a des gens on arrive jamais à les équilibrer. Alors on se pose quand même des questions sur l'observance, la compréhension et tout ça, mais y a des gens à chaque INR il faut les changer. Puis il y en a d'autres ça fait 5 ans et on a rien touché. »

Cependant, ils estimaient également que les patients faisaient preuve de bien plus de vigilance avec les AVK et que l'observance était meilleure qu'avec d'autres médicaments. C'est aussi le sens d'une autre étude dans laquelle les médecins estimaient dans 91% des cas que leurs patients prenaient régulièrement leur traitement. Cependant, en interrogeant les patients, 60 % de ceux jugés comme observant par leur médecin se déclaraient en fait inobservant (12).

Dans une étude prospective effectuée dans trois centres spécialisés dans le suivi de l'ACO, Kimmel et coll. ont observé la prise de warfarine par les patients par un système de surveillance électronique permettant de voir quand les patients ouvraient la bouteille de comprimés de warfarine. Parmi 136 patients observés pour une durée moyenne de 32 semaines, 92% ont eu au moins un oubli ou prise supplémentaire, et 36% ont omis > 20% des prises (24).

Il serait intéressant de compléter notre travail par une étude interrogeant cette fois les patients. Explorer leur ressenti permettrait de comprendre les déterminants à leur difficultés d'observance ou de compréhension. Cela permettrait également de dégager d'éventuels autres obstacles et leurs propositions concernant la gestion de leur traitement AVK.

Plusieurs médecins ont reconnu dans notre enquête parfois oublier quelle est l'indication ou la contre-indication du traitement AVK chez des patients qu'ils suivent depuis longtemps. Une étude sur les déterminants culturels de la prescription chez les médecins permet de souligner un paradoxe très français : « l'exercice médical, au-delà des seuls médecins généralistes, comporte peu d'échanges entre professionnels sur leurs pratiques respectives, d'où des oublis des causes de prescriptions » (25). On pourrait donc attribuer ce manquement pour ce qui concerne les AVK, non pas à un relâchement des médecins généralistes, mais à une communication non satisfaisante entre les différents intervenants.

Cependant, les médecins interrogés dans notre étude mettent en avant une transmission globalement satisfaisante de l'information entre les différents intervenants, ils regrettent par contre une lenteur trop importante. Il en est de même dans une thèse réalisée auprès des médecins généralistes de Rouen en 2012, où plusieurs médecins précisent qu'à leur sens le délai de réception des comptes-rendus d'hospitalisation est trop long, les rendant même parfois inutiles. Les comptes-rendus d'hospitalisation étaient reçus dans un délai d'une semaine à un mois (dans 60% des cas), dans un délai inférieur à une semaine dans 26% des cas et dans un délai dépassant un mois dans 14% (26).

Pour rappel l'envoi du courrier de fin d'hospitalisation doit être effectué réglementairement dans un délai de huit jours (article R 1112-1 du CSP) (27).

Par ailleurs, de nombreuses données témoignent de l'étude antérieure de la prescription des AVK, mais en revanche aucune étude à notre connaissance n'analyse le renouvellement de ces prescriptions par le médecin généraliste, la fréquence du suivi et surtout la perception que se font les médecins généralistes de ce suivi. Nous avons mis en évidence un sentiment de difficulté à assurer un suivi de qualité notamment pour les médecins généralistes interrogés exerçant seul en milieu non urbain.

E13 « ça devient ingérable au niveau du temps. Donc je fais des ordonnances de plus en plus éloignées ce qui est pas bon du tout pour le suivi. »

Conformément aux données de la littérature, les médecins interviewés se sont déclarés peu primo-prescripteur des AVK et que cette responsabilité relevait généralement du médecin spécialiste d'organe en libéral ou à l'hôpital. Celle-ci incombe majoritairement aux cardiologues qui représentent selon de nombreuses études plus de 75% des primo-prescripteurs d'anticoagulants oraux (12). A contrario et conformément aux données d'études antérieures, ils estiment être les uniques intervenants médicaux en matière de suivi, que ce soit pour l'adaptation de dose comme pour le renouvellement de l'ordonnance (12).

E8 « Alors dans la prescription je ne suis pas plus impliqué que ça mais dans la gestion oui, comme tout médecin généraliste je pense »

Les médecins interrogés n'ont pas pour habitude de préciser sur les ordonnances de leur patient la valeur cible attendue de l'INR. Effectivement, selon les chiffres de la HAS, en 2011 les laboratoires d'analyses médicales n'étaient informés de l'INR cible que dans 44% des cas, c'est-à-dire pour moins de la moitié des patient (28). Selon une autre étude, 76% des patients ne connaissaient pas la valeur de leur INR cible (18) (7).

Préciser la valeur de l'INR cible sur l'ordonnance d'analyses pourrait permettre d'améliorer la gestion des adaptations de dose d'INR et d'améliorer sa connaissance par les patients.
--

On pourrait envisager de compléter notre travail par une étude analysant le nombre d'évènements hémorragiques chez des patients pour lesquels l'INR cible est précisé sur l'ordonnance médicamenteuse et/ou d'analyses versus le nombre d'évènements hémorragiques chez des patients pour lesquels l'INR cible n'est pas précisé sur les ordonnances. Cela permettrait de mettre en avant un éventuel bénéfice attendu en terme de morbi-mortalité à la mise en place cette mesure simple.

Pour ce qui est de l'adaptation des doses d'AVK, c'est une responsabilité qui incombe donc quasi-exclusivement au médecin généraliste (12). D'un point de vue médical, ils ne rencontrent pas de difficultés à adapter la dose de l'AVK en fonction du résultat de l'INR, en revanche, ils considèrent cette tâche comme une tâche administrative.

E8 « C'est pas un truc intéressant du tout, ça pollue un petit peu l'activité de suivre les INR »

En découlent des difficultés en termes de traçabilité de l'information et de temps de gestion.

Une étude conduite aux Etats-Unis, en 2005 certes, mais qui couvre un total de 1614 consultations dans 253 cabinets de médecine générale, relève l'existence d'une ou plusieurs informations manquantes concernant le suivi du patient dans 13,6% des dossiers médicaux, notamment les informations sur les résultats de laboratoire (6,1%) (29). Effectivement, un médecin interrogé dans notre enquête nous avouait qu'il supprimait tous les résultats d'INR qu'il reçoit sans les enregistrer, expliquant que pour lui « *c'est un instantané* ». L'information manquante est reconnue comme la source d'incidents dans 44% des cas et d'un retard de traitement dans 59,5% des cas (29).

Pour la société française de médecine générale, le médecin traitant consacre un temps méconnu mais indispensable à la coordination des soins autour de son patient (30). Il ressort de notre étude un sentiment de travail peu reconnu de l'investissement qu'ils fournissent pour la bonne gestion des traitements AVK de leurs patients.

E15 « on est pris pour des catégories de ... (en jetant son stylo sur son bureau) voilà, délaissés »

Dans notre enquête, la gestion des INR est vécue par les médecins généralistes comme une tâche administrative, souvent trop lourde. Selon différentes enquêtes, les médecins généralistes estiment passer entre 4,5 heures et 6,5 heures d'activités administratives hebdomadaires, en revanche, et quelles que soient les enquêtes, nombreux sont ceux qui déclarent les tâches administratives qu'ils supportent trop lourdes (31). Pour ce qui se rapporte aux conseils téléphoniques, selon l'Union régionale des médecins des Pays de la Loire, en 2007, les généralistes consacraient plus de 90 minutes de leur temps chaque semaine en conseils téléphoniques (à raison de 30 conseils téléphoniques/semaine, avec une hypothèse de durée unitaire : 3 mn). Pour les généralistes de la région Rhône-Alpes, 1 heure 47 minutes par journée d'activité était dédiée à des tâches administratives liées aux patients, soit 18% de leur activité professionnelle quotidienne (31).

Le problème, pour ce qui est de la gestion des INR, vient aussi et surtout du fait que ce temps consacré par les médecins généralistes ne leur est pas rémunéré (30).

E10 « je sais qu'en Suisse le coup de téléphone est payé euh là actuellement c'est du bénévolat, je pense comme 90% de mes confrères. »

C. Les autres acteurs de santé

Une enquête préliminaire de l'HAS en vue de la préparation d'une table ronde sur la conduite à tenir au cours des surdosages en anti-vitamine K interrogeait les médecins généralistes sur leur vécu en pratique quotidienne dans la gestion des AVK. 80% des médecins déclarent que dans leur activité, l'intervention et la coordination des différents acteurs et étapes sont satisfaisantes (32). C'est également le ressenti global retrouvé dans notre travail.

E1 « Dans le relais de l'information, non, pas de soucis. »

Cependant, ils ne sont plus que 60 % de satisfaits en terme de coordination et d'information en cas d'alertes cliniques ou biologiques. Les médecins généralistes notaient que la transmission rapide du résultat de laboratoire n'est pas automatique et rapportaient un défaut d'alerte en cas de surdosage (19). A contrario dans notre étude, les médecins se disaient globalement très satisfaits de l'information donnée par le laboratoire en cas de surdosage mais déploraient en revanche un défaut d'alerte en cas de sous-dosage.

Pour ce qui concerne le rôle du pharmacien dans la gestion des AVK par la mise en place d'entretiens éducatifs, une thèse de pharmacie réalisée en 2015 confirmait, comme dans notre étude, que les médecins généralistes semblaient peu informés selon eux du contenu et de l'objectif de ces entretiens (21).

E3 « c'est vrai que c'est pas très bien défini. On a entendu parler de ce forfait, de ci, de là, mais après le reste... finalement qui fait quoi c'est moins défini. »

Ce travail rejoignait le nôtre et s'accordait à dire également que la communication entre médecins et pharmaciens restent délicates. Sur 20% des pharmaciens de l'Eure inclus dans l'étude, 40% des pharmaciens déclaraient ne jamais communiquer les conclusions de l'entretien au médecin traitant (21).

Ce travail nous apporte un éclairage sur l'opinion, d'après les pharmaciens, que se font les médecins généralistes sur ces entretiens éducatifs : la moitié a déclaré qu'ils semblaient y être plutôt défavorables, l'autre moitié qu'ils y étaient indifférents, seuls trois pharmaciens pensaient que les médecins généralistes avaient une opinion favorable de ces entretiens (21). Notre étude confirme effectivement que les points de vue divergent et que ce dispositif est controversé.

D. La place des NACO

Enfin, les médecins que nous avons interrogés se questionnent sur l'alternative que représentent les NACO. Plusieurs considéraient qu'ils représentaient une bonne indication en cas de difficulté à équilibrer l'anticoagulation sous AVK, constat que nous retrouvons dans la littérature (33).

E8 « Donc ça m'a permis de switcher justement les certains INR qui étaient incontrôlables, enfin difficiles à gérer, voilà. »

Certains s'étonnaient, quant à eux, du peu de demande de changement thérapeutique par les patients. Une étude menée en 2014 notait également cette réticence et précisait que les patients,

notamment ceux des zones rurales, pouvaient ne pas percevoir de bénéfice significatif à changer de traitement et qu'au contraire cela générerait plutôt de l'inquiétude (34).

E9 « Mais j'ai été étonné déjà, je m'attendais à voir une grosse demande des gens [...] Et en fait, je crois que j'ai eu, j'ai eu aucune demande de la part des patients pour switcher les anticoagulants »

Compléter notre travail par une étude analysant la perception des patients permettrait également de confirmer ou d'infirmer et de comprendre pourquoi ils semblent peu demandeurs à un changement thérapeutique par NACO.

CONCLUSIONS

La consommation des anticoagulants oraux n'a cessé d'augmenter, elle a doublé en 10 ans et en 2011 le nombre de sujets traités par antivitamine K en France est estimé à environ 1,1 million. Les hémorragies sous AVK sont la première cause d'accidents iatrogènes médicamenteux, responsables d'une morbi-mortalité importante. Sa charge financière sociétale est lourde et s'accroît.

La prescription initiale de ces traitements est majoritairement assurée par les médecins spécialistes d'organe, qu'ils soient cardiologues ou angiologues, en ville ou à l'hôpital. En revanche la gestion, le suivi et le renouvellement incombent quasi-exclusivement au médecin généraliste.

Mieux connaître le ressenti des médecins généralistes sur cette gestion au quotidien, leurs difficultés et leurs déterminants est une tâche fondamentale. Cela permettra de mieux cerner les possibilités d'amélioration des pratiques en médecine générale afin de voir diminuer le nombre d'accidents iatrogènes imputés aux AVK.

Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels avec des médecins généralistes installés dans le département de la Haute-Savoie. Les critères d'inclusion étaient être médecin généraliste en exercice et acceptant de participer à l'étude. Le recrutement s'est fait par contact téléphonique avec le médecin ou sa secrétaire pour s'assurer de l'absence de critères d'exclusion. L'analyse thématique des retranscriptions a été réalisée à l'aide du logiciel N'vivo. Entre janvier 2014 et avril 2014, seize entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés.

Il ressort une perception des médecins généralistes peu valorisante de leur propre rôle dans la gestion des AVK. Ils estiment y consacrer du temps, y engager leur responsabilité, mais déplorent l'absence de rémunération adaptée en retour et une implication inégale des différents intervenants. La gestion des INR semble être considérée comme une tâche administrative.

Lorsque l'on pose directement la question aux médecins généralistes, leur ressenti global reste néanmoins qu'ils ne rencontrent pas de difficultés dans la gestion des traitements AVK. Cependant ils ont tous témoigné d'obstacles régulièrement rencontrés et complexifiant la prise en charge, que ce soit en terme de transmission et traçabilité de l'information, d'observance thérapeutique, d'éducation et compréhension des patients, de fréquence de suivi et de temps de gestion, ou bien même en terme de collaboration interprofessionnelle.

Après 60 ans d'utilisation, la standardisation du traitement par antivitamine K est actuellement toujours problématique. Des propositions d'amélioration se dégagent de notre travail. En outre, notre étude conclut à la possibilité d'inscrire à titre systématique l'INR cible sur les ordonnances des patients. Cette mesure simple pourrait permettre de responsabiliser encore d'avantage le patient et de mieux informer les différents professionnels de santé intervenant dans la gestion des AVK, en créant ainsi des niveaux d'alerte supplémentaires en cas de déséquilibre de l'anticoagulation.

Il conviendra dans l'avenir d'affiner les résultats de cette première étude qualitative notamment par une analyse des bénéfices escomptés en terme de morbi-mortalité de la documentation de l'INR cible sur l'ordonnance des patients. Notre travail gagnerait également à être complété par une étude de la perception des patients sur cette gestion des AVK.

Le Président de la thèse
Nom et Prénom du Président
Signature



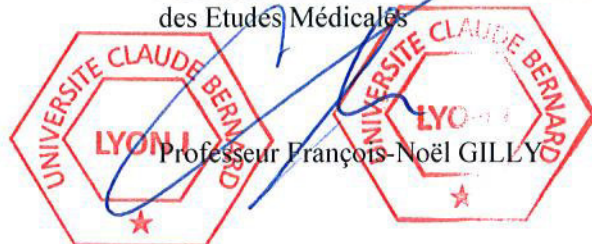
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **14 OCT. 2015**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1. Evolution des ventes des anticoagulants oraux en France de janvier 2008 à septembre 2013 [Internet]. ANSM; 2013 nov [cité 6 sept 2015] p. 5. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Quelle-est-la-situation-actuelle-de-l-utilisation-des-NACO/%28offset%29/1>
2. Les anticoagulants en France en 2012 : Etats des lieux et surveillance [Internet]. ANSM; 2012 juill [cité 10 juill 2013]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/901e9c291a545dff52c0b41365c0d6e2.pdf
3. MICHEL P, MINODIER C, LATHELIZE M, KRET M. Etude ENEIS : Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité [Internet]. 2011 mai [cité 4 sept 2013] p. 1 à 8. Report No.: 761. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>
4. Bon usage des médicaments antivitamin K [Internet]. ANSM; 2012 juill. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d550a9311848623e57d311cc0ebacbe.pdf
5. Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins Rapport final Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 [Internet]. DREES; 2011 sept [cité 4 sept 2013] p. 119. Report No.: 109. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>
6. CASTOT A, HARAMBURU F, KREFT-JAIS C. Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale [Internet]. 2008 sept [cité 4 sept 2013] p. 3. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>
7. Modalités de prescription des anticoagulants et connaissance des patients de leur traitement [Internet]. AFFSAPS; 2004 janv [cité 20 avr 2014] p. 3. Disponible sur: ansm.sante.fr/content/download/20093/243855/.../2/.../enquete2003.pdf
8. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien [Internet]. Nathan. 1992 [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/306200/mod_resource/content/1/L%E2%80%9999ENQU%C3%84TE%20ET%20SES%20M%C3%89THODES.pdf
9. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 2e éd. France: Armand Colin; 2007. 127 p.
10. Andreani J, Conchon F. METHODES D'ANALYSE ET D'INTERPRETATION DES ETUDES QUALITATIVES : ETAT DE L'ART EN MARKETING [Internet]. ESCP; 2005 [cité 11 juin 2015]. Disponible sur: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.

12. Liard F, Le Heuzey J-Y, Aliot E, Mabo P, Leenhardt A. [Atrial fibrillation and anticoagulation: general practitioner, cardiologist and patient's points of view]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. août 2013;42(7-8):e259-70.
13. Pautas E, Despres J, Peyron I. Divisibility of warfarin and fluindione tablets tested in elderly patients and their family circle. 2011;(9(2)):171-7.
14. Zehnder BS, Schaer BA, Jeker U, Cron TA, Osswald S. Atrial fibrillation: estimated excess rate of stroke due to lacking adherence to guidelines. *Swiss Med Wkly*. 2 déc 2006;136(47-48):757-60.
15. Kristoffersen A-H, Thue G, Ajzner E, Claes N, Horvath AR, Leonetti R, et al. Interpretation and management of INR results: a case history based survey in 13 countries. *Thromb Res*. sept 2012;130(3):309-15.
16. Isabelle Mahé CB dit S. 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*. 35(12):1797-803.
17. Thiriat N, Peyron I, Bernard-Charrière S, Monti A, Pariel S, Pautas E. [Therapeutic education of elderly patients under antivitamin - K treatment: evaluation of the program after 5 years]. *J Pharm Belg*. sept 2014;(3):30-7.
18. Janoly-Duménil A, Bourne C, Loiseau K, Luauté J, Sancho P-O, Ciancea S, et al. Oral anticoagulant treatment - evaluating the knowledge of patients admitted in physical medicine and rehabilitation units. *Ann Phys Rehabil Med*. mai 2011;54(3):172-80.
19. Prise en charge en médecine générale des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K [Internet]. HAS; 2009 mars [cité 26 juill 2013] p. 12. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rendez-vous_de_la_has_-_conduite_a_tenir_au_cours_de_surdosages_symptomatiques_ou_non_symptomatiques_des_antivitamines_k_-_table_ronde_avk_-_p_blanchard.pdf
20. Chastagner M, Gault M, Aboyans V, Lacroix P. [A long-term follow-up quality evaluation of patients taking oral anticoagulant therapy]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. mars 2005;98(3):199-204.
21. Grandval A. L'accompagnement pharmaceutique du patient sous anti-vitamine K : focus sur le département de l'Eure [Internet] [Thèse d'exercice]. Rouen; 2015. Disponible sur: <https://hal.inria.fr/dumas-01163135/document>
22. BOUZIGE B. Conduite d'entretien des patients sous anti-vitamine K [Internet]. Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine; Disponible sur: http://www.uspo.fr/magazine/USPO-brochure_anticoagulant.pdf
23. Mueller S, Pfannkuche M, Breithardt G, Bauersachs R, Maywald U, Kohlmann T, et al. The quality of oral anticoagulation in general practice in patients with atrial fibrillation. *Eur J Intern Med*. mars 2014;25(3):247-54.

24. Platt AB, Localio AR, Brensinger CM, Cruess DG, Christie JD, Gross R, et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANGE study,. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* sept 2008;17(9):853-60.
25. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français. *Médecine.* 1 avr 2012;8(4):169-73.
26. SEGYO-SAUNIER A. Compte-rendu d'hospitalisation : Evaluation selon la réglementation et Point de vue des médecins généralistes. Rouen; 2012.
27. Code de la santé publique - Article R1112-1. Code de la santé publique.
28. Tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : gestion quotidienne des AVK. [Internet]. HAS; [cité 21 sept 2015] p. 2. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/tableau_2_-_sources_messages_cles_avk.pdf
29. Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, Parnes B, Dickinson LM, Van Vorst R, et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA.* 2 févr 2005;293(5):565-71.
30. Le patient et son généraliste « médecin traitant » [Internet]. Société Française de Médecine Générale; 2010 sept [cité 27 sept 2014] p. 13. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
31. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes [Internet]. 2009 juill [cité 27 sept 2015] p. 8. Report No.: N°144. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
32. 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]. HAS; 2008 avr [cité 26 juill 2013] p. 21. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/jlestv-20-32-s300.pdf>
33. Carrier M, Kimpton M, Wells PS, Langlois N, Kherani S, Le Gal G. A simple method to identify patients on long-term warfarin who may derive the most benefit from new oral anticoagulants. *Blood Coagul Fibrinolysis Int J Haemost Thromb.* déc 2014;25(8):812-5.
34. Gebler-Hughes ES, Kemp L, Bond MJ. Patients' perspectives regarding long-term warfarin therapy and the potential transition to new oral anticoagulant therapy. *Ther Adv Drug Saf.* déc 2014;5(6):220-8.
35. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G, et al. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* juin 2008;133(6 Suppl):160S - 198S.
36. Protocole pluriprofessionnels des soins de premier recours, Gestion quotidienne des AVK [Internet]. HAS; 2011 nov. Disponible sur: http://ffmps.free.fr/ffmps/AVK_files/AVK%20Argumentaire.pdf

37. Belleville T, Pautas É, Gaussem P, Siguret V. [Management of vitamin K antagonists in the elderly]. *Ann Biol Clin (Paris)*. avr 2014;72(2):185-92.
38. Bauersachs RM. Treatment of venous thromboembolism during pregnancy. *Thromb Res*. 2009;123 Suppl 2:S45-50.
39. Mahé I, Bal dit Sollier C, Duru G, Lamarque H, Bergmann J-F, Drouet L. [Use and monitoring of vitamin K antagonists in everyday medical practice. French results of the international ISAM study of patients with nonvalvular atrial fibrillation]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. déc 2006;35(12 Pt 1):1797-803.
40. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE : avis 20 juillet 2011 [Internet]. HAS; 2011 juill [cité 4 sept 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-08/previscan_-_ct10884.pdf
41. Les 7 règles d'or [Internet]. AFSSAPS; 2008 [cité 23 juill 2013] p. 1. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/content/download/17663/212634/version/1/file/avk-affiche-2008.pdf>
42. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. sept 11, 2013. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248>
43. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux [Internet]. sept 11, 2013. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027612770>
44. Plan d'action de l'ANSM sur les anticoagulants oraux directs en 2013-2014 [Internet]. 2014 juill [cité 23 sept 2014] p. 7. Disponible sur: ansm.sante.fr/content/.../Plan-ActionNACO2013-2014juillet+2014.pdf

ANNEXE 1

GENERALITES SUR LES AVK

1. Physiologie de la coagulation

L'hémostase est l'ensemble des mécanismes qui concourent à maintenir le sang à l'état fluide à l'intérieur des vaisseaux (soit arrêter les hémorragies et empêcher les thromboses).

On distingue classiquement trois temps :

- L'hémostase primaire ferme la brèche vasculaire par un "thrombus blanc" (clou plaquettaire). Parmi les acteurs participant à ce processus d'hémostase primaire on distingue deux éléments cellulaires, les cellules endothéliales et les plaquettes, et deux éléments plasmatiques, facteur von Willebrand et fibrinogène.
- La coagulation consolide ce premier thrombus en formant un réseau de fibrine emprisonnant des globules rouges (thrombus rouge). L'enzyme central permettant de transformer le fibrinogène en fibrine est la thrombine. La formation de la thrombine est un processus complexe incluant une série d'activations enzymatiques qui surviennent à la surface des phospholipides membranaires des plaquettes, cellules endothéliales ou monocytes.
- La fibrinolyse permet la destruction des caillots ou la limitation de leur extension. La fibrinolyse fait intervenir une substance circulant sous forme inactive dans le plasma : le plasminogène, synthétisé par le foie. Sous l'influence d'activateurs, le plasminogène se transforme en plasmine qui est une enzyme protéolytique très puissante, capable de dégrader le caillot de fibrine mais aussi de détruire le fibrinogène, voire d'autres facteurs de coagulation.

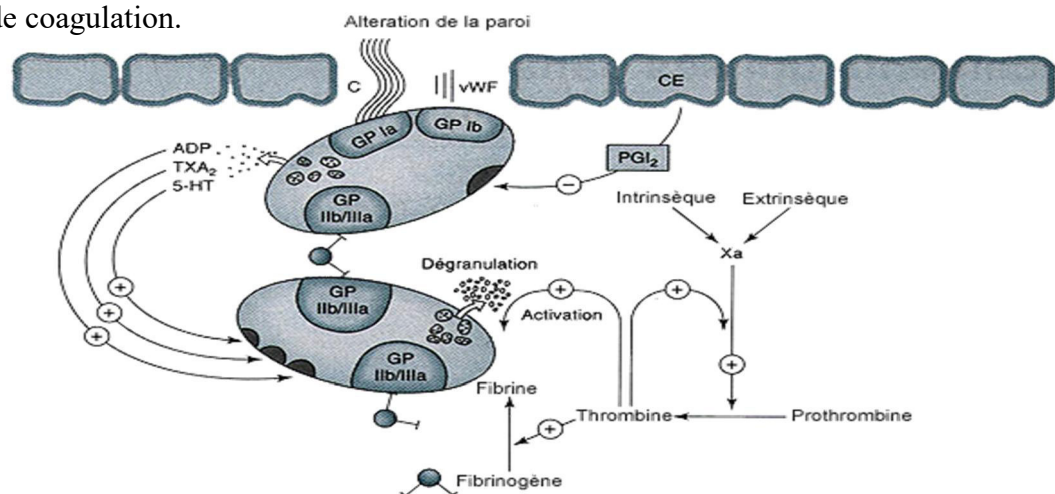


Figure 1. Le processus d'hémostase

Ces trois temps sont initiés simultanément dès qu'est enclenché le processus d'hémostase.

2. Historique

Les médicaments antivitamine K ont été découverts par hasard dans les années 1920 aux Etats-Unis, suite à la survenue d'hémorragies spontanées décimant des troupeaux de bétail ayant consommé du trèfle doux (*Melilotus alba*) avarié. Le responsable fut identifié en avril 1940 par Campbell et Link : la 4-hydroxycoumarine, baptisée Dicoumarol et administrée pour la première fois chez l'humain en 1941. La warfarine, premier AVK de synthèse, vit le jour en 1948 lors de la mise au point d'un raticide provoquant des hémorragies intestinales aiguës fatales chez ces animaux. D'une efficacité supérieure au dicoumarol, administrée avec succès chez l'homme à partir de 1955, il faudra pourtant attendre les travaux de l'équipe de Stenflo sur le rôle de la vitamine K dans les mécanismes de coagulation, en 1974, pour que son mécanisme d'action soit élucidé. Aujourd'hui, il existe une dizaine de molécules regroupées au sein de deux familles. La molécule de référence reste la warfarine, à laquelle sont consacrées la plupart des études internationales disponibles sur les AVK.

3. Indications et contre-indications

Tableau 1 : AVK commercialisés et leurs indications

Famille pharmacologique	Dénomination commune internationale	Nom commercial	Indications
Coumariniques	Acénocoumarol	SINTROM 4 mg, comprimé quadrisécable	- Cardiopathies emboligènes : prévention des complications thrombo-emboliques en rapport avec certains troubles du rythme auriculaire (fibrillations auriculaires, flutter, tachycardie atriale), certaines valvulopathies mitrales, les prothèses valvulaires.
		MINISINTROM 1 mg, comprimé sécable	
	Warfarine	COUMADINE 2 mg, comprimé sécable	- Prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus du myocarde compliqués : thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène..., en relais de l'héparine.
		COUMADINE 5 mg, comprimé sécable	
Dérivé de l'indanedione	Fluindione	PREVISCAN 20 mg, comprimé sécable	- Traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que la prévention de leurs récurrences, en relais de l'héparine.

Les AVK sont des médicaments potentiellement dangereux (2 % d'accidents graves par année de traitement). Il faut donc mettre en parallèle ce risque avec les bénéfices escomptés. Une mauvaise compliance, un état psychique déficient, des chutes fréquentes peuvent ainsi devenir des contre-indications.

Tableau 2 : contre-indications relatives et absolues aux AVK

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives
Hypersensibilité connue à ce médicament ou aux dérivés de l'indanedione	Lésion organique susceptible de saigner : ulcère gastroduodénal récent ou en évolution, varices œsophagiennes, AVC récent
Insuffisance hépatique sévère	HTA maligne (diastolique > 120 mm Hg)

Acide acétylsalicylique à forte dose, Miconazole utilisé par voie générale ou en gel buccal, Phénylbutazone par voie générale, Millepertuis	Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 20 ml/min)
Hypersensibilité ou intolérance au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé	Intervention récente neurochirurgicale ou ophtalmologique
	Grossesse et Allaitement

La décision de débiter ou de continuer le traitement par AVK doit être prise en fonction du rapport bénéfice/risque propre à chaque patient et à chaque situation.

4. Modalités de traitement

La dose initiale d'AVK est fixe : 1 cp de Préviscan, 4 à 5 mg de Coumadine ou 1 cp de Sintrom. On ne doit pas faire de dose de charge. Le traitement est pris tous les jours à la même heure, le soir de préférence. Les adaptations posologiques se font par demi ou quart de la dose initiale (35).

La mesure du niveau d'anticoagulation se fait par l'INR (International Normalized Ratio). L'intensité de l'anticoagulation est évaluée en mesurant le temps de Quick (TQ) ou taux de prothrombine (TP) exprimé en pourcentage d'un témoin. Ce dosage est un test qui reflète l'activité de 3 des 4 facteurs vitamine K dépendants (II, VII, X) et du facteur V non vitamine K dépendant. À l'état basal le temps de Quick est égal à 12 secondes, ce qui correspond à un taux de prothrombine de 100 %.

Le premier contrôle de l'INR est effectué à 48 h pour détecter une hypersensibilité aux AVK. L'observation de la $\frac{1}{2}$ vie des facteurs de la coagulation vitamine K dépendant va de 6 heures à 60 h, cela explique pourquoi un traitement par AVK met plusieurs jours pour s'équilibrer et pourquoi un contrôle d'INR 24h après une instauration ou une modification de dose n'a pas d'intérêt.

Les AVK sont débutés sous héparine (HNF ou HBPM) à dose anticoagulante. La posologie de l'héparine n'est pas modifiée pendant cette période de relais. Elle est interrompue après 2 INR dans la zone thérapeutique souhaitée à 24 h d'intervalle. Les posologies à jours alternés ne sont pas recommandées au départ. Le respect de ces protocoles d'instauration et de relais est nécessaire au bon équilibre ultérieur de l'anticoagulation.

Une fois l'équilibre de l'anticoagulation obtenu, le traitement est surveillé par l'INR deux fois par semaine pendant le premier mois puis un minimum d'une fois par mois en fonction de la stabilité de l'équilibre du traitement chez chaque patient.

En cas de fluctuations inexplicables de l'INR, après avoir ajusté la dose chez le patient et vérifié la prise du médicament à la bonne dose, il faut également vérifier la prise correcte du médicament à heure fixe. D'autres fluctuations de l'INR peuvent être en lien avec une interaction médicamenteuse (Tableau 2) ou avec la variabilité de la prise alimentaire de vitamine K : aliments riches en vitamine K (salades, certains légumes), certains suppléments multivitaminés contiennent également de la vitamine K, une diminution de l'apport ou de l'absorption de la vitamine K, par exemple lors de vomissements ou diarrhées, d'où l'importance de questionner et d'informer les patients à ce sujet (35).

Peu importe leurs causes, les situations de déséquilibre de l'INR représentent des situations à risque, risque hémorragique en cas de surdosage et risque thrombotique en cas de sous-dosage. La place du médecin généraliste dans la gestion de ces situations à risque est primordiale (36). Des rappels de recommandations et guides de bonne pratique ont été édités concernant la gestion théorique de ces situations (Annexe 2).

5. Interactions médicamenteuses

La forte liaison protéique des AVK (95%) laisse une forme active circulante de l'ordre de 3%. Toute action médicamenteuse qui fait varier de 1 à 2% la liaison protéique fait varier la forme libre de l'AVK de 50 à 100% d'où l'importance du risque hémorragique (37).

Tableau 3 : interactions médicamenteuses avec les AVK

	Potentialisation de l'effet de l'AVK	Diminution de l'effet de l'AVK
Liaison protéine – AVK	Diminue la liaison : AINS, sulfamides, statines, fibrates, Daktarin ...	
Absorption digestive	Ralentisseurs de transit	Laxatifs, cholestyramine ...
Catabolisme hépatique des AVK	Diminution du catabolisme : Allopurinol, Flagyl, Daktarin	Augmentation : rifampicine, griséofulvine, phénytoïne, barbituriques, carbamazépine
Synthèse des facteurs K dépendants	Diminution de la synthèse : Amiodarone, quinidines, quinine, AINS	Augmentation : Oestrogènes, corticoïdes
Vitamine K		Vitamine K per os, apports alimentaires

6. AVK et situations particulières

- Le sujet âgé

Au-delà de 75 ans, le risque hémorragique est deux fois plus important. La prescription et la surveillance doivent tenir compte de l'altération de la fonction rénale, des chutes, des polymédications, de la détérioration mentale. La gestion du traitement est de ce fait également plus délicate chez les sujets âgés, souvent atteints de troubles visuels posant des problèmes de sécabilité et de prise, de troubles auditifs gênant la communication et la compréhension, de troubles cognitifs, etc ... Ce sont tous ces aspects que nous aborderont dans notre étude et qui font des sujets âgés des patients-type à gestion difficile (37).

- L'enfant

Les recommandations de l'utilisation des AVK chez l'enfant sont extrapolées de celles de l'adulte, toutefois le contrôle de l'INR doit être plus fréquent que chez l'adulte. Les doses sont rapportées au poids. Les AVK sont contre-indiqués dans le premier mois de vie .

- La grossesse et l'allaitement

Les AVK traversent la barrière placentaire.

Il existe un risque d'embryopathie maximum entre la 6^e et la 12^e semaine de grossesse et il existe un risque hémorragique fœtal au 3^e trimestre. Les AVK sont donc formellement contre-indiqués au premier et au troisième trimestre de la grossesse. Ils sont déconseillés au second trimestre de la grossesse. En cas de grossesse débutée sous AVK, il ne semble pas y avoir d'effet tératogène des AVK pendant les 6 premières semaines de grossesse (38).

Étant donné l'effet tératogène des AVK, il est justifié d'instituer une contraception efficace chez la femme en âge de procréation. Le choix de la contraception dépendra de la maladie en cause.

L'allaitement est à éviter.

7. Galénique des AVK, problème de sécabilité

La posologie du traitement par AVK est souvent complexe car l'équilibre difficile à trouver. Dans l'étude Mahé de 2006 la posologie quotidienne médiane était de 0,67 comprimé et celle-ci n'est pas identique d'un jour à l'autre chez 52% des patients. Durant l'année, la posologie a varié chez 48% des patients, avec un nombre médian de changement de dose de 2,0 (39).

La sécabilité reste un souci dans l'adaptation posologique d'un traitement par AVK. Les ¼ et ½ comprimés sont parfois difficiles à faire notamment par le sujet âgé (13).

Cependant des mesures ont été prises et depuis le 1^{er} mars 2013 un nouveau conditionnement de la Fluindione est disponible en plaquettes prédécoupées. Celui-ci permet l'identification de chaque comprimé grâce à l'inscription au regard du blister de la spécialité, du nom de la DCI et du dosage. Cette mesure, mise en œuvre en accord avec l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), a pour objectif de faciliter et sécuriser la distribution des doses.

Ces généralités sur les AVK permettent déjà de mettre en avant la complexité de leur gestion par l'intervention d'une multitude de facteurs dans leur bon équilibre.

L'objectif principal de notre thèse est d'étudier le ressenti des médecins généralistes concernant la gestion des traitements AVK pour mieux en comprendre les tenants et les aboutissants.

ANNEXE 2

1. Prise en charge des surdosages en antivitamine K

Les surdosages asymptomatiques :

Ils représentent, suivant les études, 15 à 30 % des contrôles d'INR.

Quelle que soit l'indication, l'intensité de coagulation effective apparaît comme un facteur de risque hémorragique lorsque l'INR est au-delà de 4. Cette situation exige une correction, avec l'objectif de retour rapide en zone thérapeutique, suivant des modalités qui font l'objet des recommandations (19) ;

Tableau 4 : Conduite à tenir en matière d'adaptation de dose

INR mesuré	INR cible entre 2 et 3	INR cible ≥ 3 (intervalle 2,5 – 3,5 ou 3 – 4)
INR < 4	• Pas de saut de prise • Pas d'apport de vitamine K	
$4 \leq \text{INR} < 6$	• Saut d'une prise • Pas d'apport de vitamine K	• Pas de saut de prise • Pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	• Suspension du traitement AVK • 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale	• Saut d'une prise • Avis spécialisé pour discuter apport vitamine K
INR ≥ 10	• Suspension du traitement AVK • 5 mg de vit K par voie orale	• Avis spécialisé sans délai ou hospitalisation

Dans tous les cas, pour un INR > 4 :

- La cause du surdosage doit être recherchée et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie.
- Un contrôle de l'INR doit être réalisé le lendemain.
- En cas de persistance d'un INR supra-thérapeutique, les recommandations précédentes restent valables et doivent être reconduites.
- La surveillance ultérieure de l'INR doit se calquer sur celle habituellement réalisée lors de la mise en route du traitement.

La survenue d'une hémorragie, spontanée ou traumatique, associée ou non à un surdosage :

En cas d'hémorragie non grave une prise en charge ambulatoire par le médecin traitant est recommandée si l'environnement médico-social du patient le permet et le type d'hémorragie le permet (ex. épistaxis rapidement contrôlable, etc.).

Une hémorragie grave nécessite une prise en charge hospitalière.

Dans les deux cas il faut mesurer l'INR en urgence.

En cas d'hémorragie grave, la restauration d'une hémostase normale (objectif INR < 1,5) doit être réalisée dans un délai le plus bref possible (quelques minutes). La mise en route du traitement ne doit pas attendre le résultat de l'INR, s'il ne peut pas être obtenu rapidement.

La prise en charge lors d'une chirurgie ou d'un acte invasif :

2 risques à contre-balancer : le risque hémorragique, qui varie suivant le type de procédure et le terrain, et le risque thrombotique, qui est essentiellement fonction de l'indication du traitement anticoagulant par un AVK. Les différentes modalités, poursuite ou interruption du traitement AVK, relais par un anticoagulant d'action rapide (héparines), font l'objet de recommandations qui représentent un compromis entre ces deux risques.

Certaines chirurgies ou certains actes invasifs, responsables de saignements peu fréquents, de faible intensité ou aisément contrôlés, peuvent être réalisés chez des patients traités par un AVK dans la zone thérapeutique usuelle (INR compris entre 2 et 3). Dans les autres cas, l'arrêt des AVK ou leur antagonisation en cas d'urgence est recommandé.

Tableau 5 : actes programmés nécessitant l'interruption des AVK

ACTES PROGRAMMES NECESSITANT L'INTERRUPTION DES AVK (OBJECTIF : INR AU MOMENT DE L'INTERVENTION < 1,5 OU < 1,2 SI NEUROCHIRURGIE)	
■ ACFA sans antécédent embolique ■ MTEV à risque modéré ▫ Arrêt des AVK sans relais préopératoire par héparine ▫ Reprise des AVK dans les 24 - 48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**	■ Valves mécaniques (tout type) ■ ACFA avec antécédent embolique ■ MTEV à haut risque* ▫ Arrêt des AVK et relais préopératoire par héparine à dose curative ▫ Reprise des AVK dans les 24 - 48 h ou, si elle n'est pas possible, héparine à dose curative si le risque hémorragique est contrôlé**
* TVP proximale et/ou EP < 3 mois, MTEV récidivante idiopathique (n ≥ 2, au moins un accident sans facteur déclenchant). La mise en place d'un filtre cave en préopératoire est discutée au cas par cas. ** L'héparinothérapie à dose curative ne doit pas être reprise avant la 6^e heure postopératoire. Si le traitement par héparine à dose curative n'est pas repris à la 6^e heure, dans les situations où elle est indiquée, la prévention postopératoire précoce de la MTEV doit être réalisée selon les modalités habituelles. (MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse ; TVP : thrombose veineuse profonde ; EP : embolie pulmonaire ; ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire)	

La valeur de 1,5 (1,2 en neurochirurgie) peut être retenue comme seuil d'INR en dessous duquel il n'y a pas de majoration des complications hémorragiques périopératoires.

2. Action de minimisation des risques

Trois campagnes d'information ciblées sur les AVK ont déjà été menées en 2001, 2004 et 2008 par l'Agence française de sécurité sanitaire (Afssaps) du fait du potentiel iatrogène des AVK. Un message a également été diffusé en 2005 dans les recommandations relatives à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé.

L'objectif de ces campagnes de santé publique est évidemment de réduire la fréquence des accidents iatrogéniques qui sont considérés comme évitables ou potentiellement évitables dans plus de 2 cas sur 5 et de mieux formaliser la démarche d'éducation thérapeutique du patient en rendant plus lisible pour les professionnels de santé les points-clés nécessitant une information éclairée du patient dans la gestion de son traitement anticoagulant oral.

Des documents d'information sont disponibles sur le site de l'Agence pour aider les professionnels de santé concernés dans la prise en charge des patients traités par AVK :

- Schéma commun des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des spécialités AVK (22/07/2011) (40)
- Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK) (18/04/2009) (4)
- Médicaments antivitamine K : conseils pratiques pour le personnel soignant (04/05/2009)

Des documents à l'attention des patients ont également été conçus dès 2004 afin de les informer et de les éduquer :

- « Vous suivez un traitement anticoagulant par AVK : les 7 règles d'or » (24/09/2008) (41)
- un document « questions/réponses » : Traitement anticoagulant oral par AVK (04/05/2009)
- un carnet patient « Carnet de suivi AVK » (actualisation : 10/06/2011).

L'utilisation du carnet AVK est recommandée dans l'AMM des spécialités concernées. Il permet au patient de noter régulièrement les résultats de son INR, indice qui évalue l'action de l'AVK sur la fluidité du sang, calculé à partir d'un examen de laboratoire indispensable dans le suivi du traitement anticoagulant.

La mise en place d'entretiens éducatifs réalisés par les pharmaciens pour les patients traités par AVK fait partie intégrante de ce plan d'action de minimisation des risques. L'avenant n° 1 à la convention nationale pharmaceutique a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

L'arrêté du 04 mai 2012, complété par celui du 24 juin 2013, précise les dispositions réglementaires ainsi que les objectifs attendus de ces entretiens éducatifs :

« Cet entretien est proposé par le pharmacien aux patients rentrant dans le champ des programmes d'actions définis par le comité mentionné à l'article 50. L'entretien doit notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ;
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. » (42)

« Les partenaires conventionnels se sont donné pour premier objectif de lutter contre les risques d'accidents iatrogéniques, en s'engageant sur la diminution de leur incidence chez les patients chroniques sous traitement par anticoagulants oraux, ainsi qu'à l'amélioration de l'observance de ces patients. » (43)

ANNEXE 3

GENERALITES SUR LES NACO

Le rivaroxaban (Xarelto®) et l'apixaban (Eliquis®) sont des inhibiteurs sélectifs du facteur Xa s'administrant par voie orale. Le rivaroxaban est commercialisé depuis 2009. L'apixaban a obtenu une AMM en mai 2011 et est commercialisé en France depuis 2012.

Le dabigatran etexilate est un inhibiteur indirect de la thrombine. Il est commercialisé sous le nom de Pradaxa® depuis fin 2008.

Leurs indications varient en fonction de la molécule et du dosage.

Tableau 6 : Indication des NACO

Prévention des événements thrombo-emboliques veineux (TEV) post-chirurgies programmées pour prothèse totale de hanche ou de genou	APIXABAN (Eliquis®)	2,5 mg
	DABIGATRAN (Pradaxa®)	75 mg
	RIVAROXABAN (Xarelto®)	10 mg
Prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients adultes avec fibrillation atriale (FA) non valvulaire associée à un ou plusieurs facteurs de risque	APIXABAN (Eliquis®)	2,5 mg
	DABIGATRAN (Pradaxa®)	110 mg
	RIVAROXABAN (Xarelto®)	15 mg
		20 mg
Traitement de la Thrombose veineuse profonde (TVP) et prévention des récurrences sous forme de TVP et d'embolie pulmonaire suite à une TVP aiguë	APIXABAN (Eliquis®)	2,5 mg
		5 mg
	DABIGATRAN (Pradaxa®)	110 mg
		150 mg
	RIVAROXABAN (Xarelto®)	15 mg
		20 mg

Rq : un dosage du rivaroxaban à 2,5 mg (non commercialisé en France au 1er trimestre 2015) a une AMM dans la prévention des événements artérothrombotiques chez des adultes suite à un syndrome coronarien aigu avec élévation des biomarqueurs cardiaques, en association avec l'acide acétylsalicylique seul ou associé au clopidogrel ou la ticlopidine

D'une façon générale, l'utilisation du dabigatran, du rivaroxaban et de l'apixaban ne requiert pas de suivi de l'activité anticoagulante en routine. La mesure de l'INR n'est pas adaptée pour apprécier l'activité anticoagulante des nouveaux anticoagulants oraux.

Il n'existe pas d'antidote spécifique connu à ces molécules.

Les ventes des NACO ont progressé très rapidement depuis leur introduction sur le marché français : 1 million de dose délivrée journalière en 2009 et 117 millions en 2013 (1).

La vente du dabigatran et celle du rivaroxaban représentait 2,8% de ventes totales des anticoagulants oraux au 2^{ème} trimestre 2012 (au début de leur remboursement dans l'indication de la fibrillation auriculaire), c'est-à-dire une faible part. Elle atteint désormais 29,3% au 3^{ème} trimestre 2013.

Cette évolution s'est accompagnée depuis 2012 d'une baisse de la consommation d'AVK : au 3^{ème} trimestre 2013, les AVK représentent 70,7% des ventes avec 60,2% de fluindione, 6,5% de warfarine, et 4,0% d'acénocoumarol.

Comme attendu, la consommation des AVK et des NACO augmente avec l'âge. Cette augmentation peut être expliquée par le fait que la fibrillation auriculaire, l'une des indications majeures de NACO, est également fortement liée avec l'âge.

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés à ces nouveaux anticoagulants sont des saignements, notamment des muqueuses (épistaxis, saignement gingival, gastro-intestinal, génito-urinaire, ...) et des anémies (44).

En août 2011, une alerte émanant des autorités japonaises a fait état de la survenue d'accidents hémorragiques fatals chez des patients traités par Dabigatran (patients âgés et de petit poids). Suite à cette alerte, l'agence européenne du médicament (EMA) et le comité des médicaments à usage humain (CMUH) ont réévalué toutes les données disponibles à ce jour, y compris celles provenant de la surveillance après commercialisation, sur le risque d'hémorragies graves ou fatales lié au Dabigatran.

Ces données confirment que la balance bénéfice/risque de ce médicament reste positive, mais des modifications du résumé des caractéristiques du produit (RCP) ont été apportées (cf RCP dabigatran) afin de préciser ses conditions d'utilisation et de surveillance : en particulier pour la fonction rénale qui doit être systématiquement évaluée avant la mise en route du traitement, puis surveillée au cours du traitement.

Un suivi européen a été mis en place dans le cadre des Plans de Gestion des Risques (PGR). Celui-ci comprend des études de cohorte non-interventionnelles visant à évaluer la sécurité d'emploi en pratique courante, ainsi que des documents d'information sur le risque potentiel de saignement au cours du traitement :

- un guide de prescription afin de sensibiliser au risque potentiel de saignement et de fournir des recommandations sur la prise en charge de ce risque ;
- une carte de surveillance à remettre aux patients.

De plus, et en complément du PGR européen, un suivi renforcé de pharmacovigilance a également été mis en place au niveau national (44).

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Considérez-vous être impliqué dans la gestion des traitements anticoagulants oraux par Antivitamine K de vos patients ?
 - Est-ce une molécule que vous avez l'habitude de manier ?
2. Pouvez-vous me raconter le cas d'un patient pour lequel vous avez rencontré des difficultés dans la gestion de son traitement AVK ?
3. En tant que médecin généraliste comment jugeriez-vous cette gestion des AVK ?
 - Quels sont les difficultés et obstacles que vous rencontrez (ou avez rencontré) et qui entrave cette bonne gestion ?
 - Si vous deviez utiliser un adjectif qualificatif ?

Rencontrez-vous des difficultés concernant :

- Les indications/contre-indications, les schémas de mise en route, l'INR cible spécifique de l'indication, la durée de ttt vous posent-ils problème?
 - quels sont vos ressources, vos protocoles ?
- Concernant l'introduction du traitement rencontrez vous des difficultés ?
 - lorsque c'est vous le primo prescripteur ou lorsque c'est un confrère
- Concernant les adaptations de dose en fonction de l'INR, comment procédez vous et avez vous déjà rencontré des problèmes ?
 - Aimeriez vous pouvoir faire autrement ?
 - En terme de droit médical que pensez-vous de la transmission de ces informations par téléphone ?

- Concernant l'éducation thérapeutique du patient, l'information relative au traitement quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
 - Estimez-vous avoir le temps de gérer correctement ces traitements ?
 - Avez vous déjà rencontré des difficultés lors de la gestion de situations à risque – surdosage – accidents hémorragiques ?
 - Que pensez-vous du lien entre votre cabinet de ville et l'hôpital ou le laboratoire, ou même les infirmières à domicile ?
 - Que pensez-vous de la manière dont vous êtes informés sur le traitement AVK de vos patients ?
4. Selon vous, quelles modifications pourraient être apportées pour améliorer la gestion en ville des traitements par AVK ?
 - Est-ce une problématique qui vous soucie ?
 5. Je voulais également vous parler du nouveau rôle conféré aux pharmaciens relatif à l'accompagnement des patients traités par anticoagulants oraux, qu'en pensez-vous ?
 6. Considérez-vous que les NACO soient une bonne alternative aux AVK ?
 7. Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaitez discuter ?

ANNEXE 5

ANALYSE VERTICALE

L'intégralité de l'analyse verticale est jointe sur Cd-rom. Vous trouverez dans cette annexe l'analyse de l'entretien N9, à titre d'exemple :

Homme de 41 ans, installé depuis 2003 en cabinet de groupe dans une zone semi-rurale. Nombre d'actes par jour 25.

Il considère son implication dans la gestion des AVK permanente et précise que cela représente une lourde charge de travail.

« Il se passe pas un jour sans qu'on ait à gérer des INR, donc oui on est carrément impliqué. »

« Lourde. Euh... Parce... Parce qu'en fait on en a vraiment beaucoup. »

« Ouais je dirais pas que c'est problématique, mais ça fait partie des, ouais, des multiples choses qu'on a à gérer au quotidien. »

« je trouve qu'on s'en sort pas si mal, même si c'est une vrai charge de travail »

« Le problème qu'on va avoir c'est les gens après qui on doit courir, c'est-à-dire qu'on reçoit un INR, on a un INR qui est pas bon, même s'il est pas cata hein, mais on est à 3.4, ou des choses comme ça, et quand on est obligé de courir après les gens pour leur dire euh « oui, ça va pas, faut modifier », on a parfois l'impression de faire un vrai... un vrai nursing quoi. »

« donc ça fait pas mal de tracasserie administrative et de boulot en plus pour pas grand-chose. »

« j'ai quelques patients qui sont hyper cadrés, vraiment ils connaissent bien la procédure, ils font leurs INR, ils appellent. Enfin voilà, la majorité des gens c'est comme ça, mais on a toujours quelques personnes, bin comme... comme pour tout quoi, avec qui c'est plus dur. Et c'est ceux-là qui vous fatiguent et qui rendent tout plus difficile en fait. »

« Donc oui, la gestion qu'on a actuellement elle me va, ça me semble pas trop mal. »

Le problème principal selon lui, dans la gestion des AVK, est le temps consacré à adapter les doses, à essayer de contacter le patient pour l'informer des modifications thérapeutiques, parce que les autres intervenants s'impliquent parfois peu dans la gestion.

« Ca prend du temps tout ça mais, ça va j'ai pas, j'ai pas trop de doléances là-dessus quoi. Je... j'aurais pas besoin... à part que les quelques personnes qui nous appellent pas et à qui, après qui on doit courir, si eux pouvaient nous appeler ce serait super, mais sinon globalement je trouve qu'on s'en sort bien ouais. »

« mine de rien ça prend toujours du temps de devoir se poser là dedans et... alors quand ça va bien tout va bien, mais quand c'est pas bon, bin il faut courir après les gens, il faut leur dire « voilà vous prenez là, vous modifiez, il faut faire une prise de sang dans 3 jours, 7 jours », derrière bin on a un autre TP qui revient plus vite, donc oui, oui ça prend... ça prend un petit peu de temps, et puis même au niveau... ouais au niveau administratif quand il faut courir après les gens c'est toujours un peu compliqué. Voilà. »

« on n'arrive pas toujours à avoir le temps de faire les choses comme on devrait quoi, parce que quand vous avez des demandes multiples, bon on répond pas forcément à toutes les demandes, mais rien que le fait d'essayer déjà, ça prend déjà beaucoup de temps. Et même si on dit aux gens « bin ça on peut pas le faire, faut revenir » ou « faudra dissocier » euh... c'est c'est un vrai problème mais pas que pour les AVK »

« C'est malheureusement souvent des problèmes multiples euh... donc nous déjà on essaie de faire en sorte que nos patients dissocient les consultations de suivi des consultations de pathos aiguës. Si ça pouvait être toujours comme ça ce serait parfait, c'est pas tout le temps comme ça. Euh... quand ils font vraiment, quand ils dissocient ça, on arrive à intégrer dans la consultation de suivi des consultations d'éducation euh ou de choses comme ça. Mais euh... mais euh... c'est pas tout le temps... »

« C'est un peu lourd à programmer les relais, ça c'est lourd. Euh... il faut que les gens prennent le temps de le, de, de venir le faire. C'est vrai que moi pour ça je suis étonné souvent que les spécialistes le gèrent pas. C'est-à-dire que « ouais faudra arrêter le machin » donc c'est à nous de nous taper le protocole de relais, mais bon, voilà, ça se fait. Quand ils viennent que pour ça y a pas de problème. Quand ils viennent pour des raisons multiples et quand plus on doit gérer les protocoles de relais là c'est un peu plus lourd mais bon, ça se fait pas si souvent que ça finalement. »

La communication entre les différents intervenants est jugée satisfaisante. Il envisagerait même que les IDE puissent avoir plus de responsabilités dans la gestion.
--

« Ah non si, ça suit bien ça. C'est-à-dire avec les cardios y a toujours des retours. »

« Ca arrive que l'angio en fait quand vous l'avez envoyé un peu en urgence en prenant le téléphone en lui disant « est-ce que tu peux me voir un tel rapidement ? » il vous appelle en disant « ben y a ça, j'instaure tel traitement ». »

« Par contre souvent les angiologues ils donnent les courriers aux patients que les patients nous remettent quand on les voit, donc on les revoit pas tout de suite. Mais euh les cardios, ça suit par ordinateur, soit par courrier papier. Et euh là on est toujours tenu au courant oui. »

« j'ai pas de doléances à ce niveau là. C'est-à-dire quand il y a un traitement instauré en général moi j'ai toujours été informé, par courrier dans la plupart des cas ou par les patients quand c'est l'angiologue, euh même parfois par coup de fil en fait hein [...] je pense que ça suit bien, on est bien informé, non vraiment là je me, je me plains pas. »

« Donc oui il y a une bonne communication. »

« C'est déjà arrivé quand on a des INR pas bons que le labo appelle, en fait hum parce que ils nous les envoient mais euh ils savent qu'on les voit pas forcément tout de suite. »

« Nous on a la chance d'avoir une super secrétaire qui est, qui est hyper dégourdie, qui gère très bien ça, mais elle le fait pas toute seule, elle nous demande, mais c'est plus par principe en fait, elle sait très bien comment ça fonctionne, euh elle connaît bien les patients, donc euh... donc elle nous aide beaucoup dans cette gestion là, mais je pense que le gars qui est tout seul sans secrétaire, ça doit être quand même vraiment une vraie charge de travail, ouais. Hmmm. »

« Mais dans la plupart des cas c'est vrai que notre secrétaire est super, c'est elle qui regarde et qui demande aux collègues pour euh pour la gestion quand on n'est pas là. »

« Ca c'est aussi l'intérêt d'un cabinet de groupe, on est trois, y en a toujours au moins un voire deux qui sont là. Donc euh... c'est plus facile. »

« c'est éventuellement que les infirmiers, que les infirmiers puissent être impliqué là-dedans. Mais c'est vrai que je pense ça doit rester un acte médical à, à l'heure actuelle, donc à mon avis ils doivent pas avoir le droit de le faire. Mais euh c'est vraiment pas sorcier donc euh, peut être que oui, ça nous déchargerait un petit peu si eux pouvaient adapter la, la, la poso des gens. Mais dans les faits euh jusqu'à maintenant j'en ai vu absolument aucun le faire. [...] c'est vrai que moi je délègue facilement et euh et voilà et je vois pas pourquoi un infirmier ou même le patient lui-même seraient pas capables de faire ça, parce que c'est vraiment pas sorcier, c'est de la cuisine euh... y a pas de recette toute faite et chacun adapte avec un peu de bon sens et d'intelligence on y arrive hein. Donc euh oui peut être ça, que les infirmiers puissent gérer ça sans passer par nous. »

<i>En revanche il note des lacunes dans la traçabilité de l'information pouvant compliquer le suivi.</i>
--

« C'est vrai que pas tout le temps. Parce que ça se fait souvent oralement et euh... non effectivement, on le note pas, moi je le, je crois pas que je le note souvent en fait hein. Justement c'est pour ça aussi que ça, qu'on peut avoir les soucis de connaître l'ancienne poso, mais d'un autre côté, bon euh... certaines personnes on les modifie souvent en fait, puis d'autres jamais, c'est très variable. Mais ouais j'avoue que je le note pas, je le note pas. »

« Si j'avais dans mon logiciel une case exprès « INR » « poso » comme on a maintenant pour le suivi des indicateurs de santé publique avec l'hémoglobine glyquée, le LDL et ainsi de suite oui ce serait top, ce serait sûrement plus facile. Après euh est-ce que je m'en servirai systématiquement ? Pas forcément. Parce que quand vous avez la personne au téléphone qui appelle la secrétaire et que vous êtes en consult et que ils vous disent « machin », bon ça se fait oralement, je suis pas sûre que je prendrai le temps de rentrer dans le dossier, d'aller chercher la case exprès... »

La principale difficulté qu'il rencontre avec les patients concerne l'observance thérapeutique, avec un défaut d'observance qu'il rapporte plutôt à une mauvaise compréhension ou à des troubles cognitifs. Deux solutions selon lui fonction du terrain : autonomiser le patient en l'informant correctement ou mettre en place un passage de l'IDE à domicile.

« les défauts d'observance, déjà. Euh... Que ce soit l'observance des médicaments, mais ça en général les gens ne le font pas exprès, moi ceux que j'ai vu comme ça c'est des gens, c'était toujours dans un contexte de... de démence ou de choses comme ça. Après euh... il y a aussi des défauts d'observance dans le suivi. C'est-à-dire qu'on a des gens qui font une prise de sang tous les 6 mois. Enfin quand on les voit ils ont pas vérifié leur INR depuis des mois et des mois et ça les chagrinent pas plus que ça. Donc ça nous on le voit pas directement, on le voit a posteriori quand ils reviennent « ah ouais vous êtes sous Previscan, ça fait 6 mois que vous avez pas fait de prise de sang, vous croyez que c'est normal ? » donc il y a des gens qui ne mesurent pas quand même l'impact que ça peut avoir, et puis que ce ne sont pas des médicaments qui sont complètement anodins non plus. »

« ça nous est arrivé d'avoir, de se retrouver avec des INR à 8 ou des choses comme ça. Alors dans ces cas là on sait jamais si c'est des erreurs du labo ou si c'est les gens qui font n'importe quoi. Euh...donc ça c'est vieux le coup de l'INR à 8, ça nous arrive pas si souvent. On a aussi pas mal de gens qui ont des démences qui commencent, et euh... et malgré ce qu'ils nous affirment, à savoir qu'ils prennent bien leurs médicaments, on a quand même un vieux doute concernant la qualité de l'observance. »

« elle a 67 ans, mais elle commence une petite démence vasculaire et elle gèrait très très mal, donc là on a résolu le problème avec un passage infirmier, et depuis euh... depuis ces INR sont parfaits. (Petit rire) Alors qu'avant c'était vraiment n'importe quoi, elle était régulièrement à 1 ou 1.2, et en nous jurant qu'elle prenait absolument bien son traitement. Donc ouais ça le souci, c'est des choses qui sont assez fréquentes. »

« Pas forcément de leurs faits hein, mais c'est vrai, que bizarrement y a des gens on arrive jamais à les équilibrer. Alors on se pose quand même des questions sur l'observance, la compréhension et tout ça, mais y a des gens à chaque INR il faut les changer. Puis il y en a d'autres ça fait 5 ans et on a rien touché. »

« La majorité des gens se gèrent bien, et quand on a des gens qui sont nouvellement traité par AVK on, on laisse quand même, enfin on leur envoie bien le message, on leur dit franchement

qu'il faut que ce soit eux qui gèrent. C'est-à-dire que c'est... quand ils font une prise de sang, il faut qu'ils nous rappellent derrière, parce qu'on veut bien les aider à gérer leur traitement, mais c'est pas à nous de leur courir après, mais malgré ça il y en a systématiquement faut les... faut chercher à les joindre. Et euh...on n'arrive pas forcément, on leur laisse des messages, ils vous rappellent pas forcément... »

« Mais c'est vrai que les gens individuellement ne se rendent pas compte je pense à quel point ils sont nombreux à avoir besoin de, du fait qu'on gère ça. »

« On passe pas j'avoue énormément de temps, enfin moi en tout cas, à faire de l'éducation thérapeutique. Euh on a quelques quelques carnet d'INR que nous donnaient les labos avant. »

« sinon, c'est vrai que oui, on en parle au début, sinon après on n'en parle plus hein. Mais oui, on leur donne quelques consignes de prudence quand même. »

« Quand c'est bien équilibré, j'avoue que non. Quand ça devient n'importe quoi, oui. Bin bin là on réévalue d'autant plus que maintenant on a des alternatives hein. »

« Euh... les gens sont pas forcément toujours demandeurs d'ailleurs, c'est ça qui m'étonne, c'est qu'il faut... il faut... c'est à nous de faire le premier pas, c'est pas eux qui posent les questions, en tout cas ça m'est pas arrivé souvent. »

« oui, bien sûr, c'est des intervenants importants (parle des IDE) [...] Ils jouent sur l'observance en tout cas. Et euh, ouais, puis l'éducation aussi je pense. C'est-à-dire que... en tout cas la dame en question euh je pense qu'ils ont parlé, ils ont certainement plus parlé entre les infirmiers et la patiente qu'avec moi. Puisque c'est vrai que quand elle vient nous on a d'autres, d'autres trucs à gérer que ça en fait hein. Et elle a vraiment, ouais, d'autres soucis quoi. Donc nous on passe pas trop de temps là-dessus, voilà. »

A propos de la sécabilité du comprimé de Previscan : « J'avoue que j'ai jamais cassé un comprimé de Previscan moi-même [...] C'est là que les infirmiers ont un rôle à jouer, parce que là ils m'en ont déjà parlé donc c'est vrai qu'effectivement ils s'impliquent là-dedans. Mais euh ouais, ça c'est un côté pratique auxquels on n'est pas très confronté mais qui doit sûrement être, jouer un petit peu aussi. »

« quand il faut faire des quarts ou des demis c'est pas forcément évident. Et puis la Coumadine on n'a pas non plus beaucoup de poso, on n'a pas beaucoup de dosage, je crois qu'il y a que du 2 et du 5. Donc on se retrouve parfois à faire un peu des ... des, des calculs d'apothicaires et des, des, des morceaux de comprimés qui doivent pas forcément être 50 – 50 donc ça peut jouer aussi un petit peu. Donc si Monsieur Previscan pouvait nous sortir un mini Previscan qui vaille 1/2 ou 1/4 ce serait top. »

Pour ce médecin, indiquer la valeur de l'INR cible sur les ordonnances pourrait peut-être permettre de responsabiliser le patient dans la gestion de ses INR.

« c'est rare. Je l'ai pas fait souvent. Peut être qu'effectivement ça c'est pas une mauvaise idée je devrais peut être le faire plus souvent, ce qui permettrait peut être d'impliquer un peu plus les gens. Euh ... et effectivement de ... de pas avoir à les rappeler. Alors par exemple quand on en reçoit des INR et qu'ils sont bons on rappelle pas les gens si ils sont bons. Et c'est vrai que si c'était écrit noir sur blanc peut être qu'on se dirait que effectivement les gens savent que c'est bon et que c'est pour ça qu'ils vous appellent pas. Sans forcément se poser la question du fait qu'ils se suivent ou pas quoi. Ouais ça ce serait une bonne idée ouais. »

Il pense également que les pharmaciens ont un rôle à jouer pour améliorer la gestion de ces traitements, mais il émet quelques réserves.

« de toute façon actuellement vraiment la médecine en général et la médecine générale aussi ne répondent plus à la demande des patients, on n'est plus assez disponibles. Donc forcément, les pharmaciens vont avoir un rôle à jouer. Par contre il y a quand même des grosses limites qu'on voit... qu'on voit très régulièrement euh, déjà que les gens se contentent pas forcément de l'avis du pharmacien. »

« Donc euh, donc des conseils oui, mais il y a certains conseils pour lesquels on a besoin d'un minimum d'examen clinique. Euh mais euh par contre dans l'absolu j'ai, j'ai rien contre. Je pense que ... ce qu'il faudrait par contre c'est qu'il y ait pas, ouais il y ait pas de redondance. C'est-à-dire si ils vont à la pharmacie puis qu'ils viennent quand même vous voir ça fait double travail, double finance »

« donc je crois qu'ils restent bien à leur place aussi et qu'ils ont conscience de leurs limites »

« il faudrait peut-être qu'il y ait une espèce de parcours de soin et qu'on définisse précisément, si toutefois c'est possible, la place de chacun. »

Pour ce qui concerne les NACO, il note un recul global de leur prescription après un enthousiasme initial.

« Mais j'ai été étonné déjà, je m'attendais à voir une grosse demande des gens. Parce que quand ils sont sorti euh... il y a une an et demi, deux ans, on, on a fait, enfin moi j'ai fait pas mal d'information. Hein il y a pas mal de patients qui étaient sous AVK à qui on a dit avant « ah bin il y a une nouveauté qui va arriver on a une alternative à vous proposer » et je m'attendais que la plupart des gens, enfin qu'il y ait beaucoup de gens à qui on avait proposé qui nous disent « maintenant changez moi quoi, parce que j'en ai marre de faire des prises de sang tous les mois, voire plus souvent que ça ». Hé ben non. Et en fait, je crois que j'ai eu, j'ai eu aucune demande de la part des patients pour switcher les anticoagulants, euh... donc les quelques-uns qu'on, qu'on a dû faire c'est nous qui l'avons proposé parce qu'on avait des

problèmes d'équilibre, d'équilibre de l'INR. Sinon les gens n'étaient pas demandeurs, mais on n'en a pas tant que ça en fait. Et même les cardio au début ils changeaient beaucoup, maintenant ils sont revenus un peu. Enfin bon, c'est voilà c'est normal après tout ce qu'on, tout ce qui est sorti là-dessus, mais euh, ouais. C'est, c'est pas forcément, euh, je pense... je m'attendais à en prescrire plus et à ce que les cardio en prescrivent plus mais finalement non, il y a plein de gens qui sont restés sous AVK et qui sont bien comme ça. »

« ça m'est pas arrivé souvent, mais euh... allez peut être 3 fois, de, de, d'arrêter un AVK pour passer les gens aux nouveaux anticoagulants, euh... parce que, parce que c'était difficile à gérer en fait. »

ANNEXE 6

ANALYSE HORIZONTALE

L'intégralité de l'analyse thématique est jointe sur Cd-rom. Vous trouverez dans cette annexe l'analyse du chapitre concernant la perception des médecins interrogés de leur rôle dans la gestion des médicaments anti-vitamine K de leurs patients :

3. Perception de son implication vis-à-vis des AVK

Une implication réelle : E4 E8 E9 E11 E12

E9 « oui on est carrément impliqué oui »

E11 « Ouais, à 100% ouais. Ouais je suis impliqué ouais. »

Et quotidienne : E3 E9 E16

E3 « c'est tous les jours, tous les jours qu'on est sollicité. »

E16 « Mais c'est un truc de médecine générale, mais c'est toute la journée ça les AVK hein. »

Perçue comme un devoir : E14 E16

E14 « Oui, c'est normal je suis le médecin généraliste. C'est normal. »

E16 « J'en ai plein et je considère que c'est à moi de gérer ça. »

4. Perception de la gestion des AVK

Un ressenti ambivalent : E2 E3 E4 E9 E10 E11 E13

E2 « je la juge euh dangereuse essentiellement. En tout cas potentiellement dangereuse. Et je la juge aussi simple »

E4 « Bin ça paraît simple parce qu'on reçoit et on dit « tient on monte un peu, on descend un peu » mais en fait faut y faire attention [...] c'est plus compliqué que ça n'y paraît en fait, mais c'est pas très compliqué non plus (*Rires gênés*). »

Une gestion médicalement facile : E7 E8 E9 E11 E12

E7 « Moi j'ai pas de craintes hein »

E11 « Franchement c'est pas, c'est pas compliqué. (*En riant*) Gérer une indication et puis être dans les objectifs et puis surveiller le traitement en fonction de, bien éduquer des, bien éduquer les patients, et puis moi je trouve que... c'est pas, c'est pas, y a des choses qui sont beaucoup plus compliquée en médecine »

E8 « c'est chiant mais c'est pas un problème »

Mais quand l'administratif se mêle au médical : E6 E9 E13

E9 « ça fait pas mal de tracasserie administrative et de boulot en plus pour pas grand-chose »

E13 « pffff, c'est vrai que c'est lourd à gérer administrativement »

Un adjectif pour résumer : E2 E6 E7 E8 E9 E11 E13 E16

E6 « (*sans hésiter*) Chronophage. (*Rires*) »

E7 « Justifiée et facile. »

E8 « comment je pourrais dire... euh ... (*Rires*) la gestion... (*réfléchit*) : inintéressant et chronophage (*Rires*). »

E9 « Lourde. Euh... Parce... Parce qu'en fait on en a vraiment beaucoup. »

E16 « (*Silence, réfléchit*) bin... facile. »

5. Perception de son rôle dans la gestion des AVK

Un rôle peu valorisant : E8 E9 E10 E13 E16

E8 « C'est pas un truc intéressant du tout, ça pollue un petit peu l'activité de suivre les INR »

E13 « C'est lourd hein. Donc les AVK pour nous c'est la galère. »

Parfois source de stress et de peur : E6 E7 E13 E15

E13 « C'est pas aux généralistes de rattraper des coups pas possibles, in extremis, des INR hyper dangereux, nous ça nous fait peur hein, sans arrêt on est dans le stress. »

E15 « c'est vrai dès fois on est un peu stressé parce que c'est tellement fort, tout ça » « quand j'ai commencé, oui on a toujours peur hein, on n'a pas l'expérience, on n'a rien »

Mais une peur à appréhender : E6 E7

E6 « Je me débrouille mais c'est, c'est un peu plus préoccupant. »

E7 « on fait de plus en plus de choses avec les AVK, je vois pas pourquoi on dirait non, nous médecin inquiet (*tape du poing sur le bureau*). Faut qu'on apprenne à vivre avec ce risque et d'hémorragie et de euh de récurrence d'ischémie. Pas facile »

Un facteur chance ? E3 E6 E7 E9 E12 E13

E6 « j'ai eu la chance j'ai jamais perdu un patient par hémorragie grave donc euh. Et puis y a jamais, j'ai jamais eu non plus d'hémorragie sévère nécessitant le SAMU etc... Donc j'ai eu relativement de la chance. »

E7 « On croise les doigts hein »

E9 « Jusqu'à maintenant on n'a jamais eu de saignement grave, touchons du bois au cabinet. »

Plus qu'un rôle, un devoir E2 E8 E11 E14 E16

E14 « Oui, c'est normal je suis le médecin généraliste. C'est normal. »

E16 « J'en ai plein et je considère que c'est à moi de gérer ça. » « Mais c'est un truc de médecine générale, mais c'est toute la journée ça les AVK hein. »

E11 « Et puis de toute façon on n'a pas le choix, faut le gérer, qui va le faire à notre place ? A mon avis y a personne d'autre qui peut le faire. »

6. Vécu de la profession MG

Une absence de reconnaissance du travail fourni E13 E15 E16

E15 « on est pris pour des catégories de voilà (*jette son stylo sur son bureau*) délaissés et tout. [...] nous on fait, on compte pas [...] on n'est pas reconnu »

E16 « On bosse comme des cons hein. Je sais pas moi la petite journée c'est 30. Ah bin oui, non mais en dessous de 30 t'as rien fait de la journée hein. Rien. »

Source de rancœur, notamment en termes de rémunération E10 E13

E10 « Ben ça prend déjà pas mal de temps ouais, ça fait partie de tout le bénévolat » « je sais qu'en Suisse le coup de téléphone est payé euh là actuellement c'est du bénévolat, je pense comme 90% de mes confrères. »

E13 « c'est un temps de gestion énorme. Alors ils nous donnent 5 € pour la gestion des dossiers en général, mais pas spécialement pour les AVK, pffff, c'est une misère quoi, on travaille à l'œil, dès fois c'est... »

Un déséquilibre dans les responsabilités engagées E10 E11 E13 E15

E10 « moi quand je m'étais, enfin quand je commençais ma, ma pratique médicale je disais que la justice, enfin le, le risque juridique ne, ne, ne ferait pas changer mes prescriptions et ma façon de travailler, mais en fait euh... en fait euh je m'aperçois que dans certains cas ça, ça a pu changer. Mais là pour le moment ben c'est vrai que on prend, on prend ces risques. Euh on fait pareil avec euh... quand les infirmières des maisons de retraite nous appellent en nous disant... on le dit et après si y a une erreur c'est vrai que... y a, y a aucune trace hein. »

E13 « et s'il y a une erreur c'est tout pour nous, et on est entièrement responsables (*parle en tapant du poing sur son bureau à 3 reprises*). C'est pas le labo, c'est pas l'infirmière, c'est pas le pharmacien, c'est nous qui allons prendre s'il y a quelque chose. C'est lourd hein. Donc les AVK pour nous c'est la galère. » « Bin tout le temps. On vit là dedans à fond, pfff. Depuis qu'on s'est installé, on vit là-dedans, c'est pour ça qu'il y a pas beaucoup de jeunes médecins qui veulent y aller comme nous. Parce que là c'est les tranchées hein. Si y a un truc qui va pas, une hémorragie, c'est tout pour nous (*Soupire et tape du poing sur son bureau*). Ca c'est la hantise permanente. »

Une évolution du métier difficile à accepter E10 E13

E10 « Alors euh... (*Réfléchit*) ... au début où j'étais installé [...] y avait un échange qui était... plus, plus présent et moins d'anonymat que maintenant, là bon ben y a un peu la multiplication et puis le manque de relation. »

E13 « Je crois que c'est plus possible comme autrefois, parce que autrefois les médecins ne géraient pas autant de malades, avec autant de pathologies, autant de problèmes techniques, je crois que c'était assez sympa quoi, parce que même si le malade mourrait, tout le monde trouvait qu'il avait bien bossé [...] Ca a beaucoup changé et ça changera encore »

Un regard parfois désabusé sur le système de santé E13 E15

E15 « c'est complètement bidon comme, comme système, on marche sur la tête. (*Silence*) »

E13 « Enfin c'est la grande foire généralisée. On est en pétard nous les généralistes hein »

E15 « mais bon, quand on aime le métier, on ferme, on ferme et puis à côté quand on peut on vide son sac (*en riant et tapant sur son bureau*) voilà. »

Stenger Céline : Gestion des médicaments anti-vitamine K en soins primaires : perception et propositions d'amélioration des médecins généralistes.

Th. Méd : Lyon 2015

Résumé :

Contexte : La consommation des anticoagulants oraux n'a cessé d'augmenter et le nombre de sujets traités par anti-vitamine K en France est estimé à environ 1,1 million. Les hémorragies sous AVK sont la première cause d'accidents iatrogènes médicamenteux, responsables d'une morbi-mortalité importante. La gestion de ces traitements incombe quasi-exclusivement au médecin généraliste.

Objectifs : Connaître le ressenti des médecins généralistes sur cette gestion au quotidien, leurs difficultés et leurs déterminants. Cerner les possibilités d'amélioration des pratiques en médecine générale.

Méthode : Enquête qualitative auprès de seize médecins généralistes installés dans le département de Haute-Savoie, par entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés se disent très impliqués dans la gestion des médicaments anti-vitamine K de leurs patients. Ils estiment y consacrer du temps, y engager leur responsabilité, mais déplorent l'absence de rémunération en retour et une implication inégale des différents intervenants. La gestion des INR semble pour eux relever d'une tâche administrative. Leur ressenti global reste néanmoins qu'ils ne rencontrent pas de difficultés dans la gestion des AVK. Cependant ils ont tous témoigné d'obstacles régulièrement rencontrés et complexifiant la prise en charge, que ce soit en terme de transmission et traçabilité de l'information, d'observance thérapeutique, d'éducation et compréhension des patients, de fréquence de suivi et temps de gestion, ou bien en terme de collaboration interprofessionnelle. Des propositions d'amélioration se dégagent de notre travail. En outre, notre étude conclut à la possibilité d'inscrire à titre systématique l'INR cible sur les ordonnances des patients.

Conclusion : Les résultats de notre enquête ont mis en évidence une perception peu valorisante des médecins généralistes de leur propre rôle dans la gestion des médicaments anti-vitamine K. Après 60 ans d'utilisation, la standardisation du traitement par anti-vitamine K est toujours problématique. Notre étude conclut à la possibilité d'inscrire à titre systématique l'INR cible sur les ordonnances des patients, cette mesure simple pourrait permettre de responsabiliser davantage le patient et de mieux l'informer, lui, mais aussi les différents professionnels de santé intervenant dans la gestion des AVK.

MOTS CLES : ANTIVITAMINE K / GESTION / MEDECINS GENERALISTES / PERCEPTION / PROPOSITIONS D'AMELIORATION

JURY : Président : Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE
 Membres : Madame le Professeur Isabelle DURIEU
 Monsieur le Professeur Pierre KROLAK SALMON
 Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER
 Monsieur le Docteur André DARTIGUEPEYROU

DATE DE SOUTENANCE : Le mardi 17 novembre 2015

Adresse de l'auteur : celine.stenger@hotmail.fr