

Année 2016

2016 TOU3 1072

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR DE MEDECINE SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
par

PINEAU Marc-Eric

Le 15 septembre 2016

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes de Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Directeur de thèse : Dr Michel BISMUTH

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Philippe MAURY	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHE Pierre

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Vaïerie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marlon	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marlon	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marlon	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Professeur Pierre MESTHE : Je vous remercie de présider mon jury de thèse . Votre présence est un honneur . Veuillez trouver dans ce travail ma gratitude et mon profond respect.

Au Docteur Michel BISMUTH : Vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner tout au long de ce travail . Vos conseils et votre réactivité lui ont permis d'être ce qu'il est aujourd'hui . Merci de votre patience tout au long de cet exercice, et merci d' avoir accepté de le juger .

Au Docteur Brigitte ESCOURROU : Vous m'avez accompagné tout au long de mon internat avec respect et bienveillance . Vous avoir au sein de mon jury pour juger mon travail est un réel plaisir et je vous en remercie profondément .

Au Professeur Jean-Christophe POUTRAIN : Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et pour votre réponse spontanée de participer à mon jury de thèse . Votre présence est un honneur .

Au Docteur Philippe MAURY : Je vous remercie de l'intérêt immédiat que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de le juger . Votre présence est un honneur.

Remerciements personnels

A ma fille , **Chloé** : Je te remercie pour ces longues nuits d'hiver passées en ta compagnie . Tu as embelli ma vie depuis le premier jour . Ne grandis jamais ma puce .

A **Anne Laure** : Tu m'as accompagné tout au long de mon travail avec amour et compréhension dans mes moments de doute . Ta présence a très largement contribué à la réalisation de ce projet . Je t'aime.

A **mes parents** : Merci pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de ma vie . Vous m'avez toujours guidé avec amour et sagesse dans mes choix . Tout ce que j'ai réussi , je vous le dois .

A mon petit frère , **Bastien** : Notre complicité m'a toujours permis d'avancer dans la vie . Nos fous rires et nos disputes sont des moments inoubliables. Merci de ton soutien durant ce travail .

A ma **famille** : Bien que nous nous voyions moins souvent aujourd'hui , je sais que je pourrai toujours compter sur votre soutien comme vous pourrez compter sur le mien. Merci pour tout.

A mes **amis d'enfance** : Merci pour tous ces moments de rire et de convivialité. Vous avoir à mes côtés depuis toutes ces années a été un moteur dans mes études et ma vie. Malgré l'éloignement aujourd'hui , vous pourrez toujours compter sur mon amitié.

A mes **amis internes** (et particulièrement ceux de CASTRES) : Que de bons souvenirs dans le travail et en dehors . Vous avoir eus à mes côtés durant ces études fût un grand privilège. Merci pour tous ces moments partagés .

A tous ceux que j'ai oubliés : Merci .

Sommaire

1.Introduction	2
2. Matériel et Méthodes.....	4
2.1.Le questionnaire (annexe 1)	4
3.Résultats.....	6
3.1.Choix d'une anticoagulation	6
3.2.Choix de la classe thérapeutique	9
3.3.Choix du médicament.....	10
3.3.1.Choix de l'anticoagulant oral direct	10
3.3.2.Choix des AVK.....	16
3.4.Modification de la prescription.....	18
4.Discussion.....	26
4.1. Les forces de notre travail.....	26
4.1.1.Les connaissances	26
4.1.2.Attitude décisionnelle face aux innovations thérapeutiques	26
4.1.3.Attitude décisionnelle face à la prescription du cardiologue.....	29
4.1.4.Attitude décisionnelle face aux recommandations.....	29
4.1.5.Attitude décisionnelle face aux visiteurs médicaux	30
4.2.Biais et Limites	31
4.3.Avis personnel.....	32
5.Conclusion.....	33

1. Introduction

Depuis 2008 sont apparus dans la thérapeutique les anticoagulants oraux directs (AOD) anciennement nouveaux anticoagulants oraux, comme alternative aux anti-vitamines K (AVK) [1]

Apparaissant plus simple d'utilisation, d'efficacité équivalente[2] et au risque hémorragique moindre[3], ils se sont installés de façon durable dans la prise en charge de la fibrillation auriculaire (FA) non valvulaire et des maladies thrombo-emboliques veineuses (MTEV).

Cependant, en FRANCE, leur utilisation n'est recommandée qu'en deuxième intention et en alternative aux AVK, si instabilité de l'INR selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [1], alors que les recommandations de la société européenne de cardiologie (SEC) les placent comme choix thérapeutique de première intention[4].

Il n'en demeure pas moins que leurs prescriptions n'ont cessé d'augmenter depuis leur mise sur le marché [5] avec, cependant, une stabilité depuis 2012, la prescription initiale étant le plus souvent initiée par un cardiologue ou un angiologue[5].

Cette innovation thérapeutique capable de proposer une alternative crédible aux AVK a, bien entendu, été sujette à de nombreuses questions qui ont conduit à des travaux de recherche ces dernières années, notamment dans le champ de la médecine générale, où de nombreux internes de médecine ont évalué les a priori et l'état des connaissances des médecins généralistes vis à vis de ces nouveaux médicaments [6].

Il résulte de ces travaux que, pour une grande majorité de médecins généralistes,

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

les AOD apparaissent peu sûrs, de par le manque de recul [7], l'absence d'antidote[8] et l'absence de surveillance [9] , et ces médecins restent sur la défensive vis à vis de leur prescription, bien que la plupart pensent cependant qu'ils sont plus simples d'utilisation [10].

La majorité des médecins interrogés n'initient jamais un traitement par AOD mais sont plus enclins à le renouveler après primo prescription par le spécialiste d'organes, malgré le fait qu'ils ne l'auraient pas prescrit en première intention [6][9][10].

Tous ces éléments nous ont amenés à nous demander si les médecins généralistes étaient influencés par la prescription d'un AOD par le cardiologue ?

L' objectif principal de cette étude est donc d' évaluer la pratique décisionnelle du médecin généraliste suite à une proposition de prescription dans le cadre d'une fibrillation auriculaire par le cardiologue.

2. Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, descriptive réalisée via l'envoi d'un questionnaire, sous forme d'un cas clinique, aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées par mails sur une période de 1 mois .

2.1. Le questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire était présenté à partir d'un cas clinique concernant un patient présentant une fibrillation auriculaire de découverte récente pour qui le cardiologue a prescrit de l'ELIQUIS (APIXABAN) 5 mg matin et soir. Le choix d'ELIQUIS a été motivé par le fait qu'il s'agit du dernier AOD ayant obtenu l ' AMM en France pour la prise en charge du risque thrombo-embolique dans la FA, en 2012.

Le questionnaire a été proposé après avoir été retranscrit sur Google Drive . Il devait évaluer :

- le choix justifié ou non de l'anticoagulation
- le choix d'un anticoagulant oral direct en première intention ou non
- le choix de la molécule
- si désaccord avec le cardiologue, les modifications de la stratégie thérapeutique

Avant envoi de la version définitive, le questionnaire a été testé par 5 médecins généralistes. Aucune modification n'a été nécessaire .Il a donc été envoyé aux médecins généralistes inscrits sur la base de l' URPS médecins de Midi-Pyrénées le 12/01/2016 avec une relance le 26/01/2016.

La fin des inclusions a été fixée le 12/02/2016.

Les résultats ont ensuite été analysés via le logiciel Google Sheets sous forme d'un

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

tableur Excel.

Aucun test statistique n'a été réalisé du fait de l'absence de données concernant les caractéristiques des médecins généralistes ainsi que l'absence de données comparatives.

3. Résultats

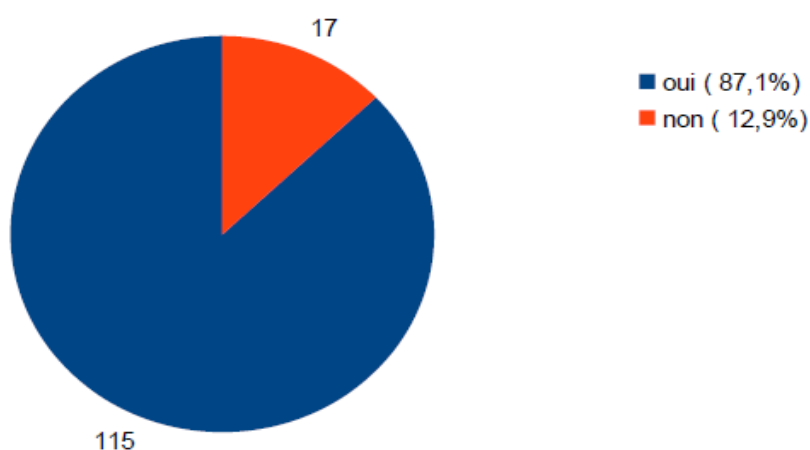
Sur les 2300 médecins généralistes interrogés par l'envoi du questionnaire par mail, nous avons recueilli 132 réponses entre le 12/01/2016 et le 12/02/2016.

3.1. Choix d'une anticoagulation

132 médecins ont répondu, 87,1 % (115) des médecins généralistes sont d'accord avec l'instauration d'une anticoagulation dans ce contexte contre 12,9% (17) en désaccord (Graphique 1)

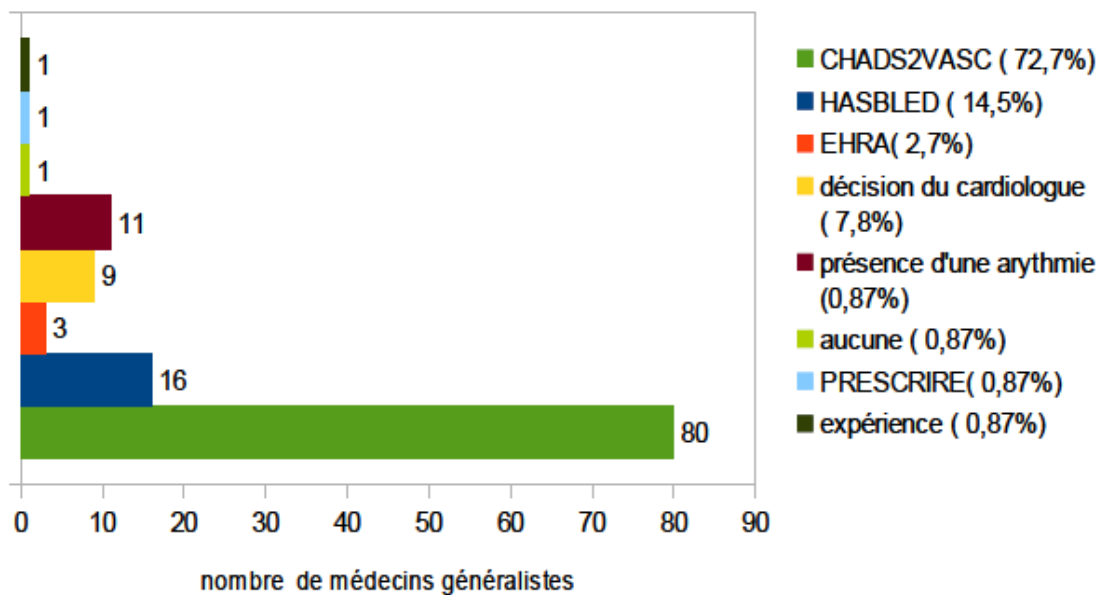
Graphique 1 : Médecins généralistes en accord ou pas avec le choix d'un anticoagulation (n=132)

- 87,1% (n= 115) des médecins interrogés sont en accord avec l'instauration d'une anticoagulation.
- 12,9% (n =17) des médecins interrogés sont en désaccord avec l'instauration d'une anticoagulation



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs**Tableau 1 :** Eléments motivant le choix de l'anticoagulation par les médecins généralistes (n=115)

- 72,7% (80) la justifient par le résultat du score CHADS2VASC [11],
- 14,5% (16) par le résultat du score HAS BLED [11]

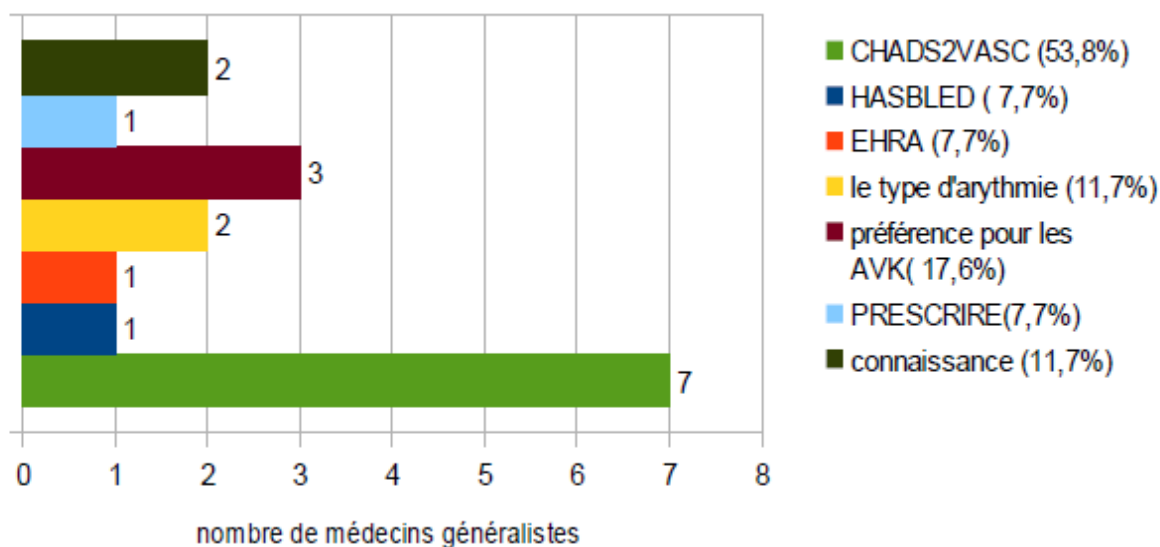


Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 2 : Eléments motivant l'absence d'une anticoagulation par les médecins généralistes (n = 17)

12,9% (n =17) des médecins généralistes interrogés sont en désaccord avec l'instauration d'une anticoagulation ,

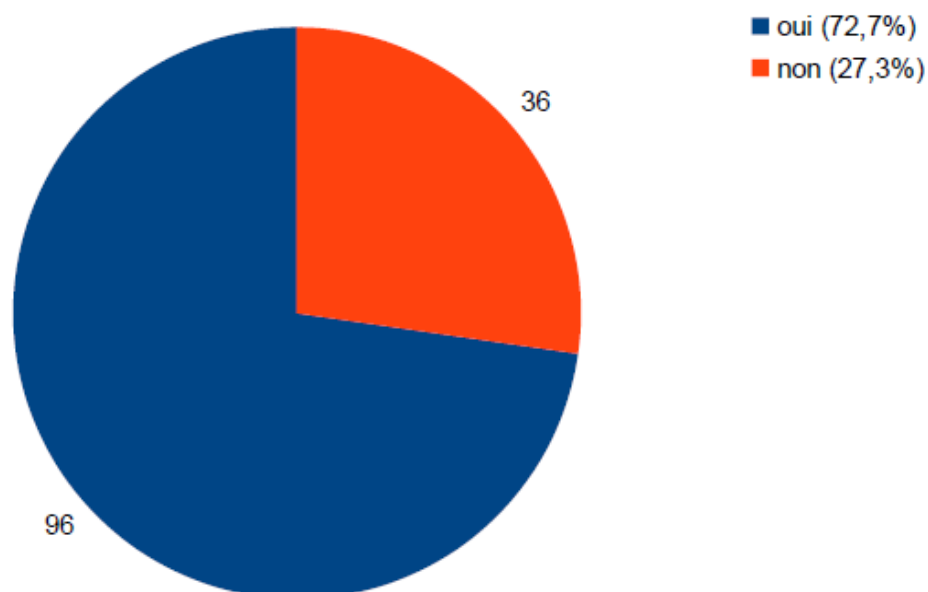
- 53,8 % (n=7) justifient leur choix par le résultat du score CHADS2VASC ,
- 7,7%(1) par le score HASBLED ,
- 7,7% (1) par le score EHRA .



3.2. Choix de la classe thérapeutique

Graphique 2 : Etes-vous d'accord avec le choix d'un AOD en première intention?(n=132)

72,7% (n=96) des médecins généralistes interrogés ont favorisé l'instauration d'un AOD en première intention dans ce cas , contre 27,3 % (n=36) qui n'ont pas choisi cette classe thérapeutique.



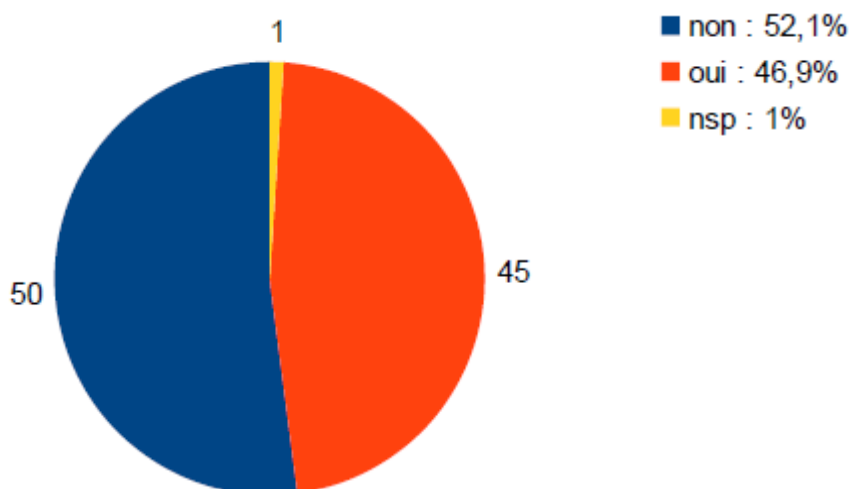
3.3. Choix du médicament

3.3.1. Choix de l'anticoagulant oral direct

72,7% (n= 96) des médecins interrogés sont d'accord avec l'instauration d'un AOD.

Graphique 3 : Auriez-vous prescrit ELIQUIS en première intention? (n=96)

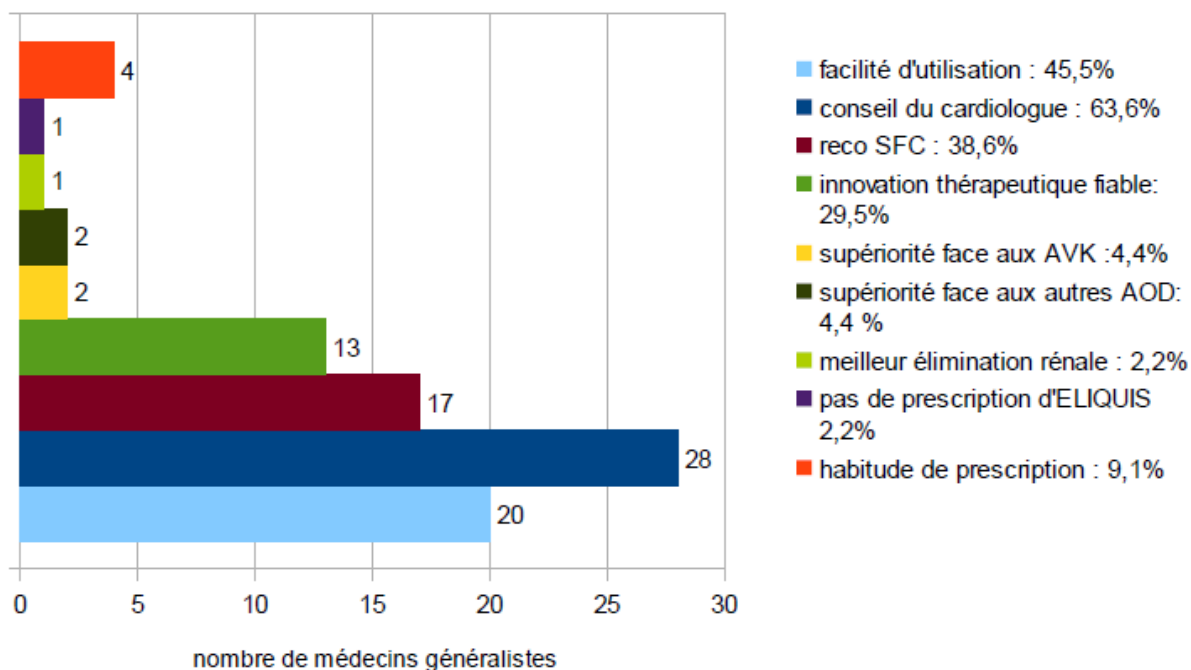
- 46,9 % (n= 45) d'entre eux sont d'accord avec la prescription d'ELIQUIS 5 mg matin et soir
- 52,1 % (n=50) ne l'ont pas choisi en première intention .
- 1 médecin n'a pas répondu à la question .



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 3 : Pour quelle(s) raison(s) les médecins généralistes prescrivent APIXABAN ? (n=45)

- 34% (n=45) des médecins généraliste interrogés favorisent la prescription d'ELIQUIS en première intention ,
- 63,6 % (n= 28) le font suite au conseil de leur cardiologue ,
- 45,5% (n= 20) pour la facilité d'utilisation .



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs**Graphique 4 :** Quelle molécule prescrivez-vous à la place d'APIXABAN ? (n=50)

37,9% (n=50) des médecins généralistes interrogés prescrivent un AOD en première intention, mais choisissent une alternative à APIXABAN comme anticoagulant oral direct ,

- 46% (n=23) prescrivent XARELTO,
- 12% (n=6) prescrivent DABIGATRAN
- 42% (n=21) ne se prononcent pas.

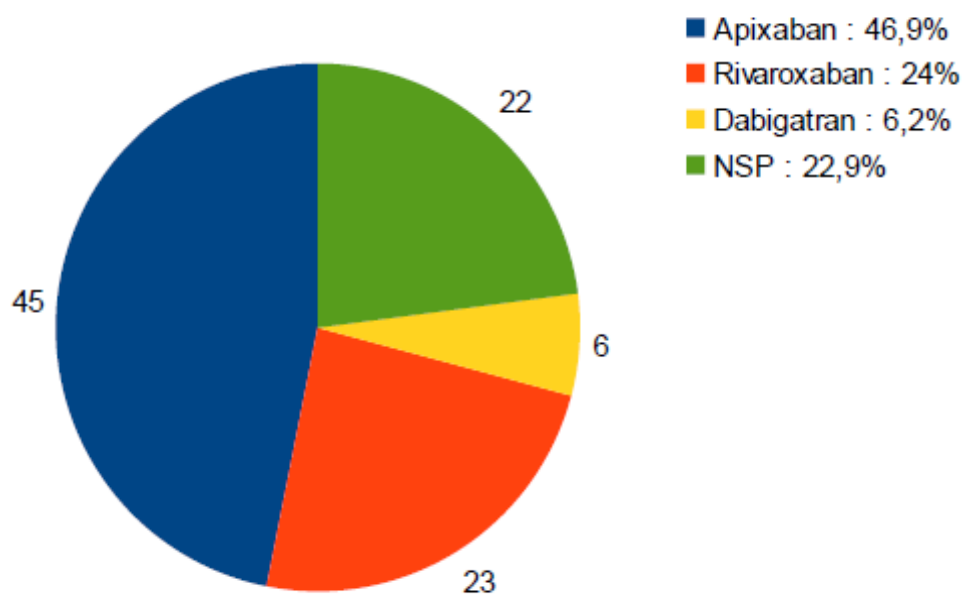


Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Le choix de l'AOD est présenté dans le graphique suivant :

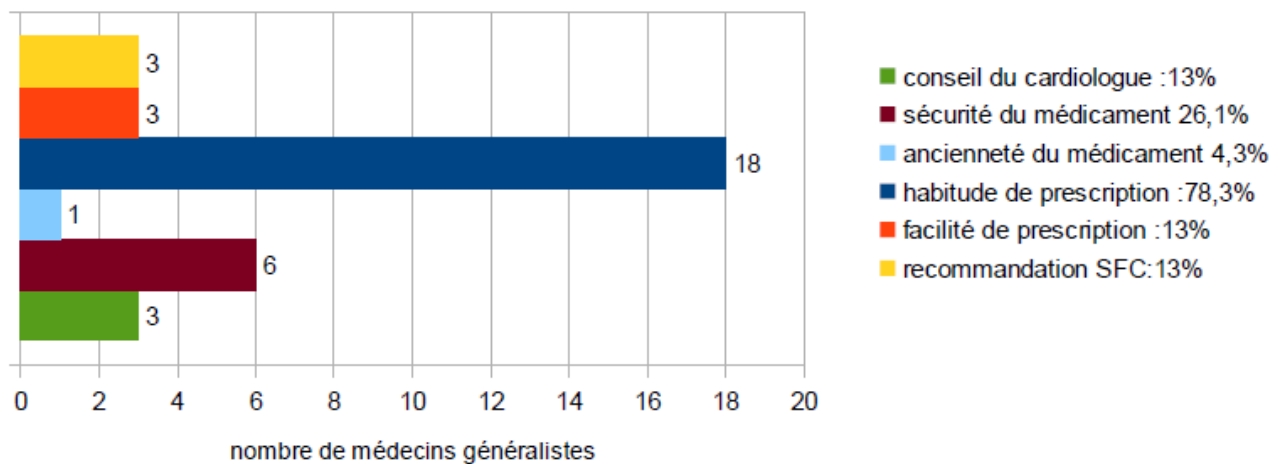
Graphique 5 : Quel AOD auriez-vous choisi? (n = 96)

17,4% (n=23) des médecins interrogés prescrivent XARELTO en première intention.



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs**Tableau4 :** Pour quelles raisons prescrivez-vous Rivaroxaban plutôt qu'Apixaban? (n=23)

- 78,3% (n= 18) le justifient par l'habitude de prescription
- 26,1 % (n=6) sur la sécurité de la molécule



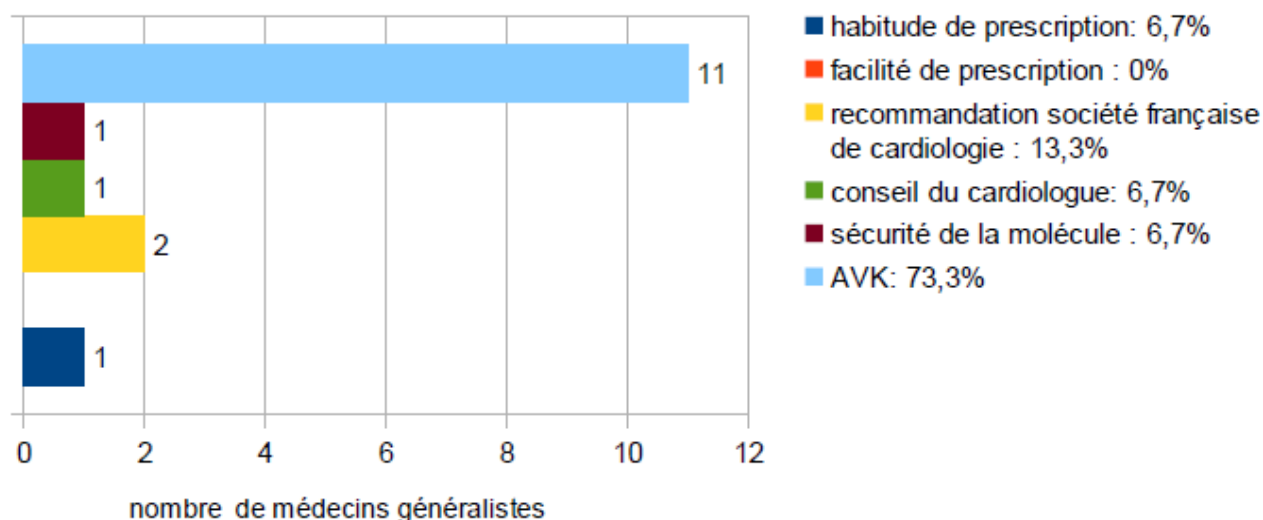
Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 5 : Pour quelle(s) raison(s) prescrivez-vous Dabigatran plutôt qu'Apixban? (n=15)

11,4% (n=15) des médecins généralistes interrogés ont répondu à la question : Pour quelle raison choisissez- vous DABIGATRAN plutôt qu 'ELIQUIS ?

- 73,3% (11) auraient préféré prescrire des AVK, principalement de la Coumadine.
- Aucun des répondants n'a répondu en faveur de la facilité de prescription du Dabigatran.

On notera que seulement 4,5%(n=6) des médecins généralistes qui ont répondu choisissent PRADAXA à la place d' APIXABAN, mais que 11,4% (n=15) médecins se sont prononcés sur la question justifiant le choix de DABIGATRAN plutôt qu'ELIQUIS .

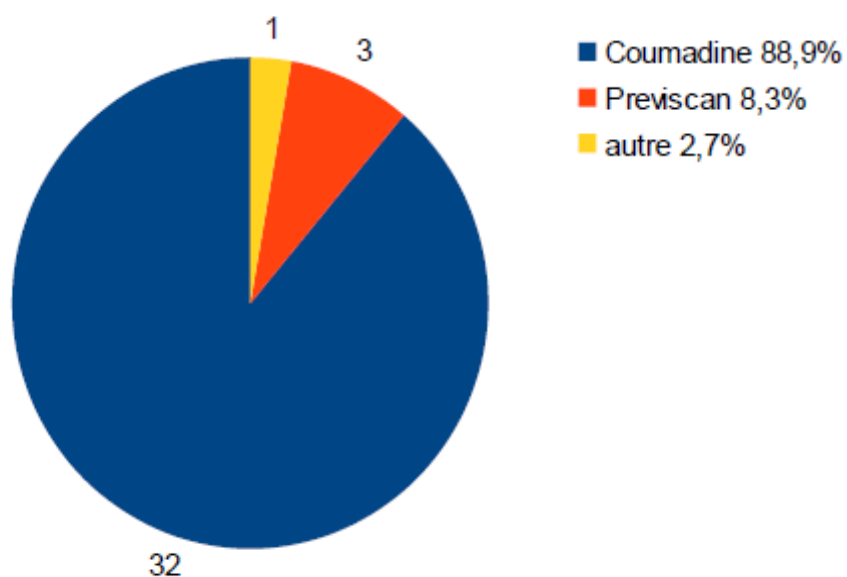


3.3.2. Choix des AVK

Graphique 6 : Quel médicament prescrivez-vous à la place d'un AOD ? (n=36)

27,3% (n = 36) des médecins généralistes interrogés n'auraient pas prescrit d'AOD en première intention

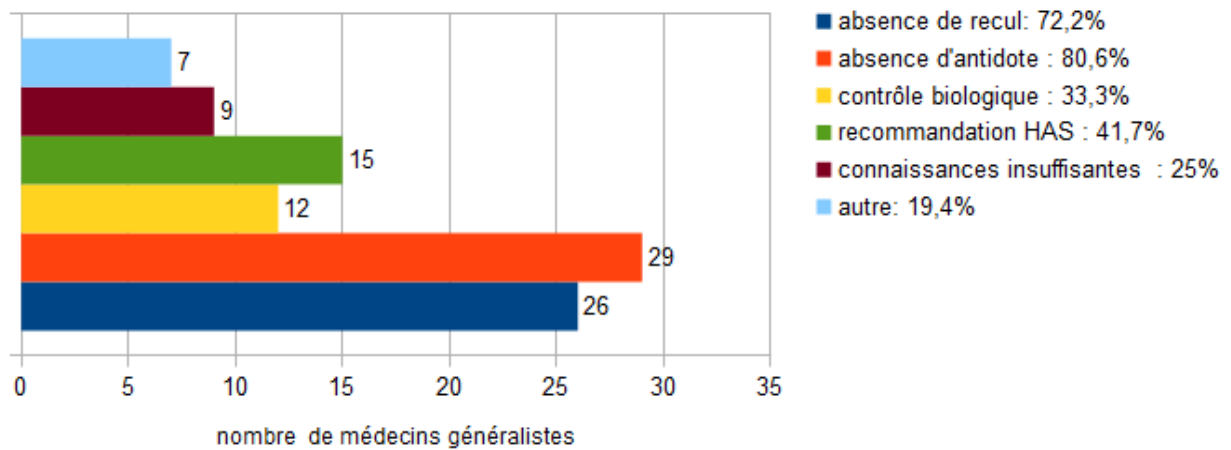
- 88,9 % (32) ont prescrit de la Coumadine .



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 6: Pour quelles raisons favorisez-vous les AVK plutôt que les AOD?(n=36)

Ils justifient leur choix à 72,2% (n=26) par l'absence de recul face aux AOD ,
 et à 80,6% (n=29) par l'absence d'antidote .

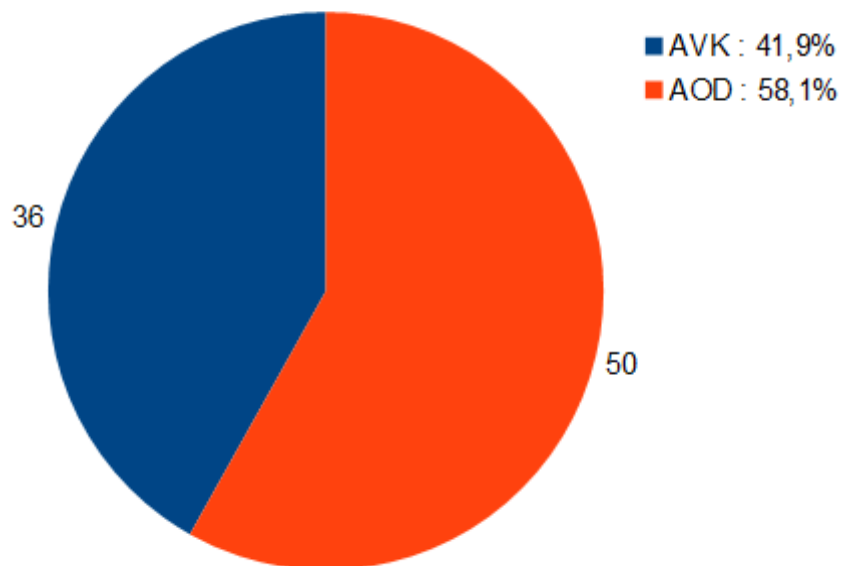


3.4. Modification de la prescription

Graphique 7 : Quelle alternative à Apixaban les médecins généralistes prescrivent? (n=86)

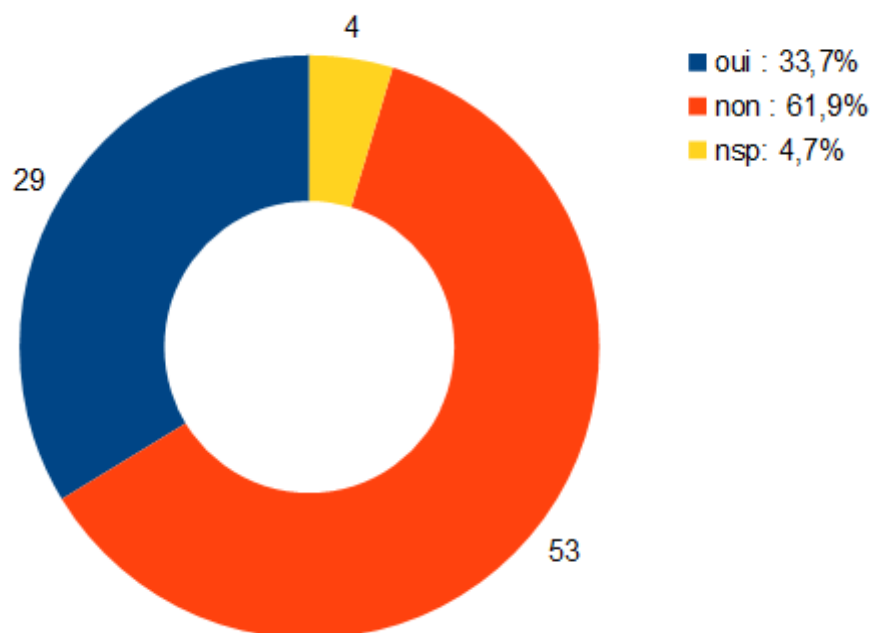
65,1% (n=86) des médecins n'ont pas prescrit ELIQUIS en première intention .

- 58,1% (n=50) ont prescrit un autre AOD,
- 41,9% (n=36) ont prescrit un anticoagulant classique .



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs**Graphique 8** : Modifiez-vous la prescription de votre confrère cardiologue? (n=86)

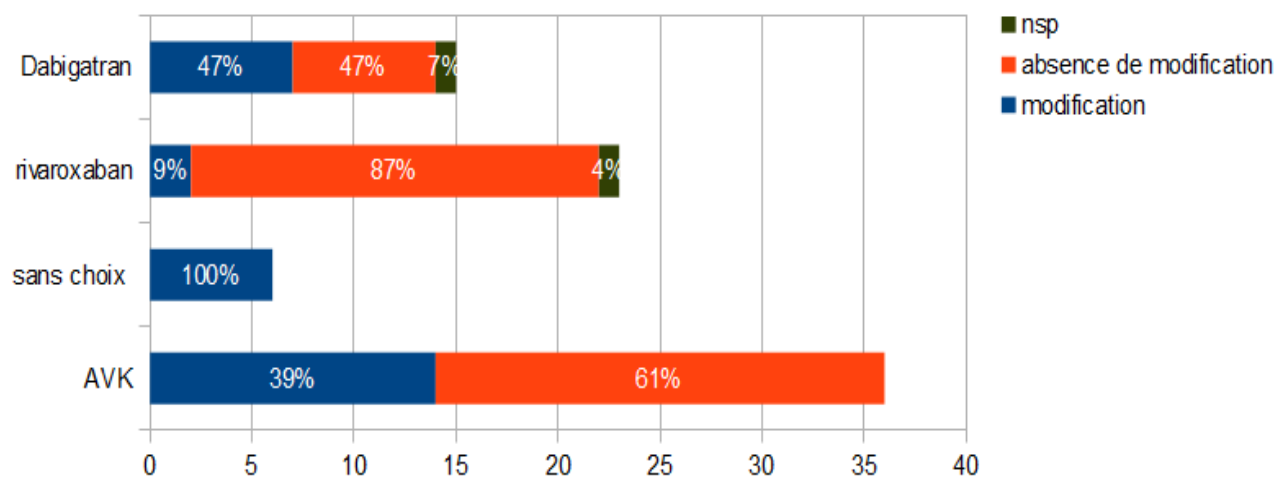
61,6% (n= 53) ont répondu qu'ils ne modifiaient pas la prescription du cardiologue,
33,7% (n= 29) l'ont modifiée,
4,7% (n=4) ne se prononcent pas .



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 7 : Modification de la prescription, ou non, en fonction du médicament initialement choisi

En détaillant par médicament :



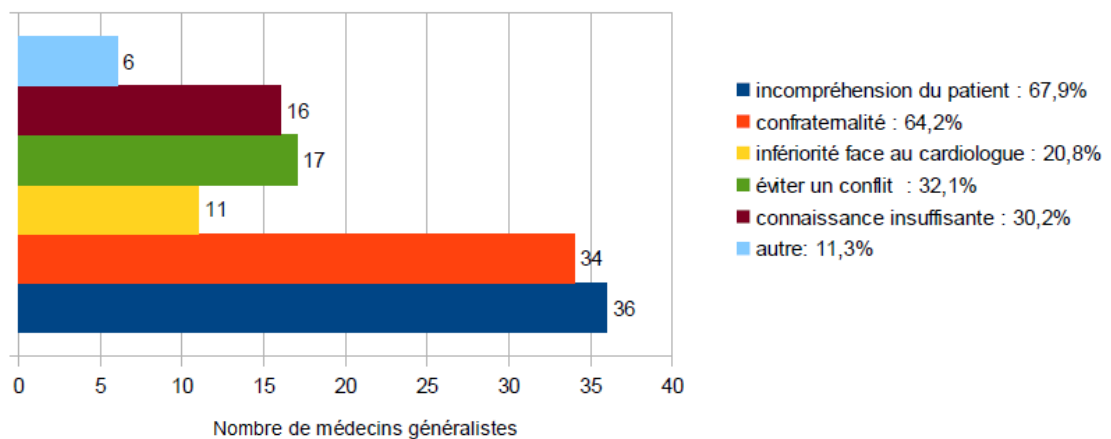
Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 8 : Pour quelles raisons ne modifiez-vous pas la prescription du cardiologue? (n=53)

- 40,1%(n= 53) des médecins ne modifient pas la prescription du cardiologue
- 67,9 % (n= 36) estiment que le patient ne comprendrait pas la remise en question de la prescription de leur cardiologue ,
- 64,2% (n= 34) ne la modifient pas par esprit de confraternité

Pour quelles raisons ne modifiez vous pas la prescription du cardiologue ? (n = 53)

(Tableau 8)

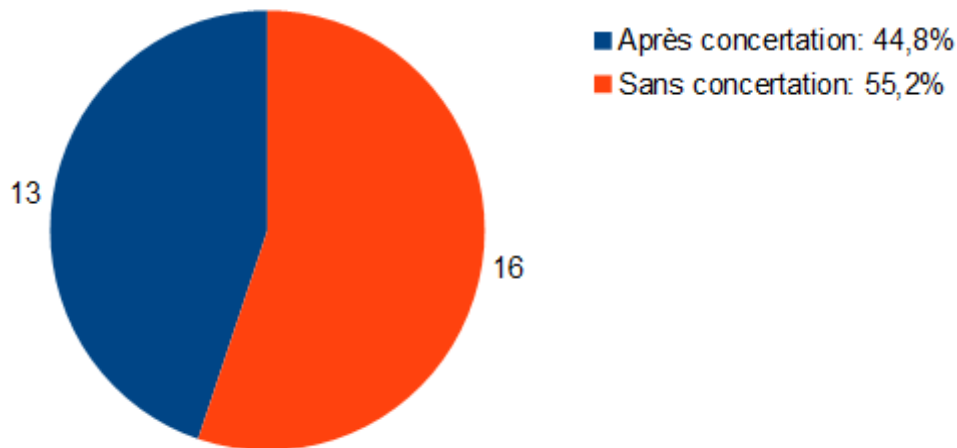


Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Graphique 9 : De quelle manière modifiez-vous la prescription du cardiologue? (n=29)

22% (n=29) des médecins interrogés modifient la prescription du cardiologue ,

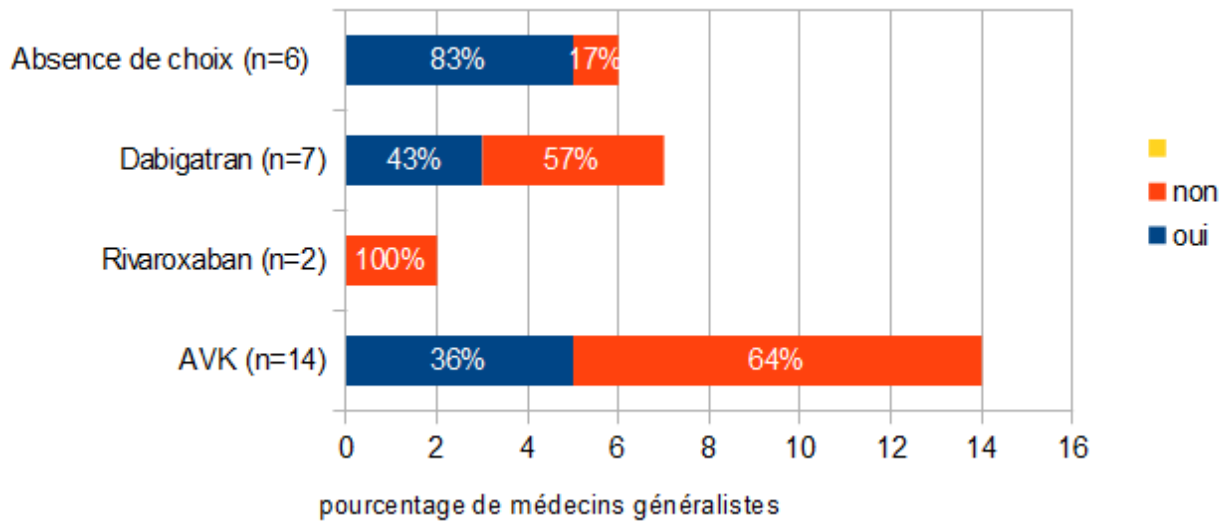
- 55,2%(n=16) ne concertent pas le cardiologue avant de réaliser la modification
- 44,8%(n=13) le consultent avant .



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 9 : Vous concertez-vous avec le cardiologue avant la modification du traitement?

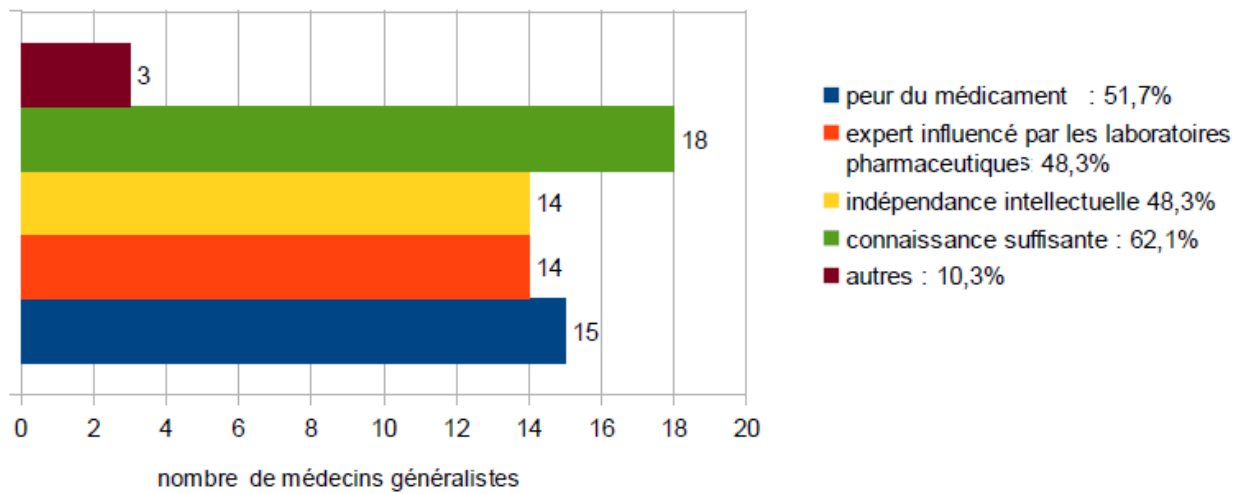
En détaillant les résultats en fonction du médicament choisi initialement



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 10 : Pour quelles raisons modifiez-vous la prescription? (n=29)

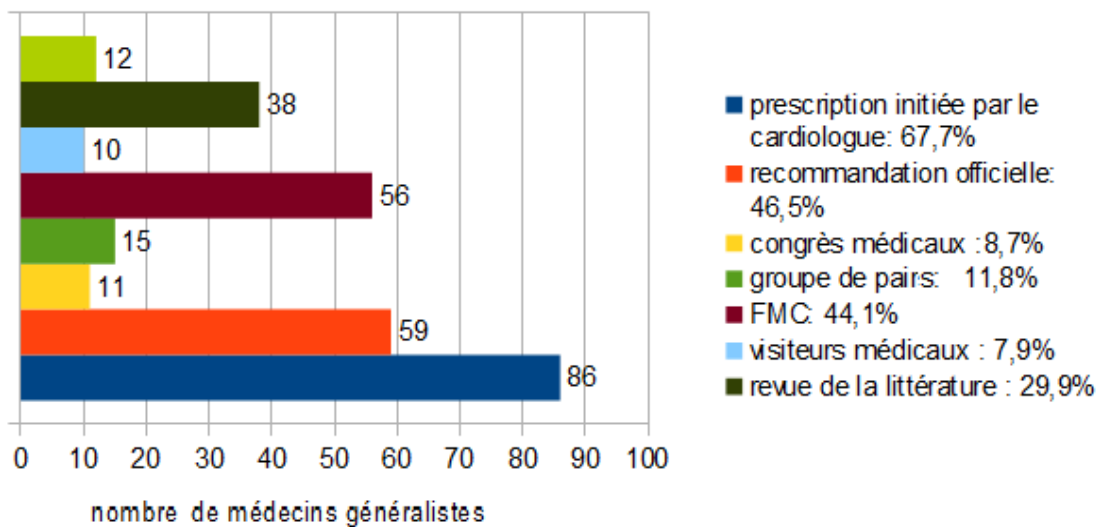
Ils justifient leur choix à 62,1% (n= 18) par des connaissances suffisantes sur le sujet,



Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

Tableau 11 : Facteurs influençant la prescription finale des médecins généralistes (n=127)

Parmi le 132 médecins généralistes , 127 ont répondu à la dernière question portant sur les différents facteurs ayant influencé leur prescription : 67,7% ont répondu “prescription initiée par le cardiologue” .



4. Discussion

4.1. Les forces de notre travail

4.1.1. Les connaissances

Notre travail montre que la prise en charge du risque thrombo-embolique dans la FA par le médecin généraliste est bien maîtrisée et que les AOD sont un choix thérapeutique de première intention.

Ce résultat contraste avec les premières thèses évaluant les déterminants à la prescription des AOD, où le choix des AOD en première intention ne dépassait pas les 50%. [7] [8], cette tendance s'inversant au fil des années avec un choix plus favorable aux AOD en 2015 et 2016 [10].

On constate aussi que les médecins favorisant le choix d'un AVK choisissent majoritairement la COUMADINE, conforme aux recommandations, alors que la majorité des médecins français choisissent préférentiellement le PREVISCAN dans la prise en charge du risque thrombo-embolique dans la FA.

4.1.2. Attitude décisionnelle face aux innovations thérapeutiques

Notre travail montre que face à une innovation thérapeutique telle que les AOD, les médecins généralistes les choisissent majoritairement en première intention contrastant avec les résultats des recherches précédentes [6] [10], mais que leur choix est guidé par le cardiologue pour ELIQUIS et par l'habitude de prescription pour XARELTO. Les médecins en désaccord avec ce choix confirment les résultats des précédents travaux en citant principalement l'absence de recul et d'antidote [6 ; 7].

On peut expliquer l'évolution des pratiques de prescription des médecins

généralistes vis à vis des innovations thérapeutiques de la manière suivante :

1) absence de recul, absence d'antidote et caractéristiques du médicament.

Les caractéristiques et les indications du médicament telles que les risques potentiels pour le patient, sa facilité d'utilisation , son coût et la compliance au traitement du patient sont des facteurs déterminants pour la prescription du médecin généraliste [12]

Une innovation thérapeutique touchant le champ de l'anticoagulation, première cause d'hospitalisation pour iatrogénie en France [5], a donc suscité de la part des médecins une forte appréhension, liée à la fois au manque de recul mais aussi à une absence d'antidote [7][13], résultats retrouvés dans notre étude, montrant ainsi que la crainte d'une hémorragie fatale suite à la prescription d'un médicament nouveau était plus forte que la simplicité d'utilisation.

Nous pouvons d'ailleurs constater dans notre travail l'importance du recul vis à vis de ces médicaments :

l'ELIQUIS a obtenu l'AMM pour la FA 3 ans après le XARELTO, qui avait déjà l'AMM pour la prévention des risques thrombo-emboliques dans les suites d'une PTG et PTH depuis 2008 et par la suite, en 2013, pour la MTEV et l'EP.

Or, la majorité des médecins qui ont choisi ELIQUIS le font principalement sur conseil de leur cardiologue à 63,6 % contre une fiabilité du médicament à 29,5 % , alors que le choix du XARELTO se fait par habitude de prescription à 78,3% , ce qui laisse penser que le recul face aux XARELTO rend plus confiants les MG dans leur prescription.

2) La relation médecin patient

L'étude NACORA montre une prescription préférentielle des AOD en fonction des caractéristiques du patient inhérentes au risque hémorragique [5], alors que les médecins

généralistes ayant répondu au questionnaire ne semblent pas en tenir compte au vu des

réponses concernant le Score HAS BLED [11]. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que des études en vie réelle ne montrent pas de sur-risque hémorragique des AOD vis à vis des AVK [14].

Nos résultats montrent que l'incompréhension du patient quant à la remise en question de la prescription du cardiologue est aussi un facteur important en terme de décision prescriptionnelle.

3) Les modalités de prescription

En terme de prescription initiale, nos résultats contrastent avec ceux des différentes thèses étudiées et qui montrent que les médecins généralistes sont minoritaires en ce qui concerne la primo prescription [15] [10], cette donnée étant confirmée en 2014 par l'étude NACORA où il apparaissait que les principaux prescripteurs étaient les cardiologues et les angiologues [5].

Cette situation n'est pas rare face aux nouveautés thérapeutiques, les médecins généralistes jugeant souvent leur confrère spécialiste plus compétent [16], accordant une valeur plus faible à leur propre savoir, jugé peu scientifique [17], se plaçant plutôt dans la catégorie des suiveurs que celle des pionniers. Ces affirmations tirées d'études socio-culturelles sur l'usage des médicaments sont illustrées dans notre travail par le fait que 67,9% des médecins ne modifiant pas le traitement de leur confrère estiment que le patient ne comprendrait pas la remise en question de la prescription du spécialiste, jugé plus compétent. Les médecins généralistes se placent donc dans une position attentiste, privilégiant le renouvellement d'ordonnance dans un esprit de confraternité à 64,2 %.

4.1.3. Attitude décisionnelle face à la prescription du cardiologue

Notre travail montre que l'absence de remise en question de la prescription du cardiologue est consécutive à la vision du patient, abordée au chapitre précédent, et aussi

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

au respect envers le confrère, évoquant la confraternité.

Le respect du cardiologue, l'esprit de confraternité sont des attitudes déjà observées dans plusieurs autres études où "il leur paraissait malvenu d'intervenir dans l'ordonnance du spécialiste avec lequel ils travaillaient, jugé souvent plus compétent"[16], "où le médecin généraliste était responsable de l'évaluation de la tolérance et de l'observance ainsi que du renouvellement du traitement"[18].

Cette tendance peut expliquer le fait que les médecins modifiant le traitement ne se concertent pas avec le cardiologue, de façon majoritaire, ne voulant pas manquer de respect à leur confrère et ne pas instaurer de doute dans l'esprit du patient pouvant diminuer sa compliance au traitement.

Il apparaît donc que le cardiologue initiant le choix de l'anticoagulation dans la fibrillation auriculaire, reste le facteur principal influençant le choix du médecin généraliste à 67,7%.

Il n'en demeure pas moins que les médecins généralistes gardent leur esprit critique vis à vis de leur confrère, en particulier face à une possible influence des lobbies pharmaceutiques (48,3%).

4.1.4. Attitude décisionnelle face aux recommandations

Notre travail montre que le cardiologue apparaît comme la source d'information la plus fiable aux yeux des médecins généralistes, devant les recommandations officielles qui occupent, elles aussi, une place conséquente dans la stratégie décisionnelle thérapeutique des médecins, mais pas aussi importante que l'initiation du traitement par le spécialiste d'organe.

Cela confirme plusieurs résultats d'études montrant que les médecins généralistes considèrent les recommandations comme un atout dans leurs pratiques, mais qu'ils jugent qu'elles sont peu synthétiques[19], élaborées par des experts éloignés de la pratique du

terrain, ou difficiles à mémoriser [20].

On peut expliquer cette attitude par le fait que les médecins connaissent bien le cardiologue avec qui ils travaillent au quotidien, plus souple sur la prise en charge que les protocoles nationaux, ce qui paraît plus proche du terrain à leurs yeux, mais aussi par une difficulté de mise à niveau face à un champ d'activités vaste et de modification perpétuelle des recommandations et des données de la science .

4.1.5. Attitude décisionnelle face aux visiteurs médicaux

Dans notre travail, nous constatons que les médecins généralistes estiment faible l'influence des visiteurs médicaux (7,9 %) dans leur décision finale de prescription .

Ce résultat contraste avec un rapport de l' IGAS parut en 2007 montrant l'influence de la visite médicale dans la prescription des médecins généralistes [21].

On peut expliquer ce contraste de plusieurs façons : le médecin gros prescripteur estime, à tort, qu'il ne subit pas d'influence des laboratoires [22]. Nous constatons aussi que les rapports entre visiteurs médicaux et médecins généralistes ont changé ces derniers temps, d'une part, par la réglementation des visites par les autorités publiques [23], et d'autre part, suite au scandale sanitaire du MEDIATOR [24]. Cette tendance apparaît surtout chez les jeunes médecins plus enclins à trouver leur références sur internet [25].

Une autre explication serait d'y voir le résultat d'une politique visant à réguler les visites médicales avec l'instauration d'une charte de la visite médicale [23], et la mise à disposition des praticiens de manuels pratiques pour comprendre et répondre à la promotion pharmaceutique [26], permettant une analyse plus critique des médecins faces aux arguments des visiteurs médicaux .

Enfin , il est à souligner que dans le cadre des innovations thérapeutiques , la stratégie des laboratoires est de privilégier les visites chez les primo-prescripteurs [18]. On

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

estime que le médecin généraliste entendra parler de leur produit , un jour ou l'autre , de façon positive [22].

Dans le cadre de la stratégie commerciale et de la réticence des médecins généralistes aux innovations thérapeutiques , on constate le passage de l'appellation “Nouveaux Anticoagulants Oraux” à “Anticoagulants Oraux Directs”, supprimant ainsi le contexte de nouveauté et incluant ces médicaments, de façon implicite, dans le panel thérapeutique habituel.

4.2. Biais et Limites

Plusieurs biais sont à mettre en évidence dans mon travail :

Biais d 'information : au vu des résultats, il semble que la question N 4 sur le choix de l'anticoagulant oral soit apparue ambiguë aux yeux de plusieurs médecins, faussant l'analyse sur les données du choix entre un AOD et AVK. Il apparaît une confusion entre anticoagulant oral traditionnel et AOD, ce qui laisse à penser que le choix d 'un AOD en première intention serait moindre, remettant en perspective les affirmations sur le recul pris face aux nouveaux médicaments.

Biais de sélection : la sélection des médecins généralistes, sans inclure leurs caractéristiques , n'est peut être pas représentative de la population générale . En effet , les différentes études montrent que les médecins de sexe masculin , installés depuis plus de 20 ans , étaient plus enclins à prescrire des AOD en première intention. Ces données n'ont pu être confirmées par mon travail.

Biais déclaratif : il n'est pas possible dans ce contexte de vérifier si les médecins généralistes appliquent au quotidien les réponses données au QCM.

Les limites à mettre en évidence dans mon travail :

Faiblesse de l'échantillon : 132 médecins ont répondu au questionnaire sur les 2300 interrogés soit 5,7% , diminuant la puissance de l'étude.

L'absence de la description des caractéristiques de la population étudiée ne permet pas d'évaluer la stratégie thérapeutique en fonction de l' âge ou du type d'exercice . Nous possédons une vision d'ensemble sans savoir si l'influence est plus importante dans une population spécifique .

4.3. Avis personnel

Ce travail m'a permis de remettre en question beaucoup de mes certitudes au cours de mes recherches.

Comprendre et connaître les nombreux facteurs nous influençant dans notre attitude de prescription et voir la place que chacun occupe dans notre stratégie décisionnelle, m'amène à me demander comment organiser ma future activité professionnelle afin de favoriser la place qu'occupera ma formation professionnelle, et comment réussir à concilier mon activité professionnelle avec mes formations.

La prescription médicale ne m'a jamais paru anodine, et les résultats de mon travail me posent aussi la question d'une meilleure efficacité en trouvant un équilibre objectif entre pression des patients, incertitude personnelle, lobbying pharmaceutique et prescription spécialisée.

5. Conclusion

Bien que le médecin généraliste maîtrise la prise en charge du risque thrombo-embolique dans la FA et que les AOD sont un choix thérapeutique de première intention, il reste sous l'influence de la primo prescription du cardiologue dans notre région.

Cette tendance au choix d'un AOD en première intention semble confirmer le changement de l'attitude thérapeutique observé en 2015 et 2016 alors que lors de leur mise sur le marché, la réticence face à l'absence de recul et d'antidote poussait les médecins généralistes à favoriser les anticoagulants classiques.

Malgré tout, la prescription des anticoagulants classiques reste importante dans notre région, avec un choix préférentiel pour la COUMADINE, conforme aux recommandations alors que les médecins généralistes français favorisent majoritairement le PREVISCAN dans la prise en charge du risque thrombo-embolique dans la FA.

Cependant, la remise en cause de la primo prescription du cardiologue n'est pas majoritaire lors d'un désaccord, montrant que le transfert de prescription initiale ne fait pas encore partie du registre de prescription en première intention par le médecin généraliste et reste encore, pour les AOD du domaine du cardiologue qui influence l'attitude décisionnelle de prescription des médecins généralistes.

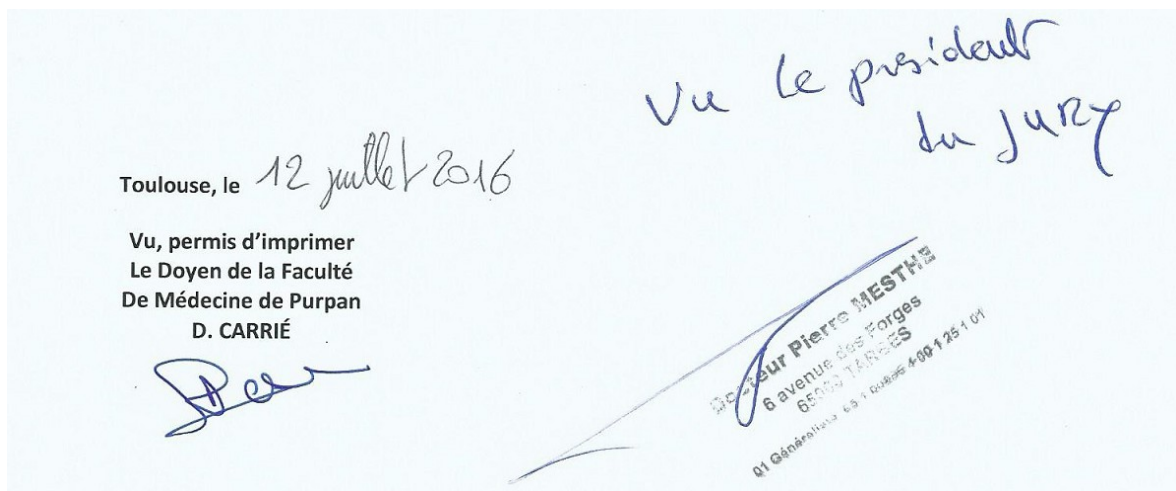
Les connaissances sur les recommandations et la régression de l'influence du lobbying pharmaceutique ne permettent pas cependant au médecin généraliste de s'affirmer comme décisionnaire principal de la prescription, notamment par esprit de confraternité face au cardiologue et face à la pression du patient.

Plus que jamais, la collaboration de proximité entre cardiologue et médecins généralistes

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

apparaît comme un moteur décisionnel important dans la prescription des AOD qui reste , pour les médecins généralistes , difficile à assumer voire à modifier .

La formation médicale continue doit contribuer aux rencontres entre confrères de la spécialité médecine générale et cardiologique .



BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Fiche Bon Usage du Médicament : NACO ».
- [2] Connolly, Stuart J., Michael D. Ezekowitz, Salim Yusuf, John Eikelboom, Jonas Oldgren, Amit Parekh, Janice Pogue, et al. « Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation ». *New England Journal of Medicine* 361, n° 12 (17 septembre 2009)
- [3] « Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation — NEJM ».
- [4] Authors/Task Force Members, A. J. Camm, G. Y. H. Lip, R. De Caterina, I. Savelieva, D. Atar, S. H. Hohnloser, et al. « 2012 Focused Update of the ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation: An Update of the 2010 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation * Developed with the Special Contribution of the European Heart Rhythm Association ». *European Heart Journal* 33, n° 21 (1 novembre 2012): 2719-47. doi:10.1093/eurheartj/ehs253.
- [5] « Les anticoagulants en France : Etudes et surveillance - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ».
- [6] Legagneux, Raphaël. « Anticoagulants oraux directs (AOD) : enquête sur la perception et l'usage des AOD auprès d'un échantillon de médecins généralistes français en 2014 »
- [7] Kozłowska, Alicja. « Déterminants de l'appropriation et de la prescription de nouveaux médicaments par les médecins généralistes en France: l'exemple des nouveaux anticoagulants oraux ». Thèse d'exercice, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2013.
- [8] Oulerich, Alice. « Utilisation des anticoagulants oraux en médecine générale en Haute Normandie »
- [9] Carrier, Marina. « Évaluation des pratiques des médecins généralistes sur la prescription des anticoagulants oraux directs (dabigatran pradaxa®, rivaroxaban xarelto® et apixaban eliquis®) chez les personnes âgées de plus de 75 ans sur le secteur sanitaire palois »
- [10] Belval, Julien. « Évaluation des pratiques de l'anticoagulation dans la fibrillation

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

atriale non valvulaire. Les anticoagulants oraux directs ont-ils changé nos habitudes de prescription ? Étude à partir de deux cohortes dans le service de cardiologie au Centre Hospitalier de Périgueux »,

- [11] « Guide parcours de soins Fibrillation atriale ». . HAS
- [12] Tobin, Luke, Abelio C. de Almedia Neto, Sonia Wutzke, Craig Patterson, Judith Mackson, Lynn Weekes, et Margaret Williamson. « Influences on the Prescribing of New Drugs ». *Australian Family Physician* 37, n° 1-2 (février 2008): 78-80, 83.
- [13] Giaume, Louise. « Prescription et suivi des anticoagulants oraux directs en médecine générale »
- [14] « Surveillance en vie réelle des anticoagulants oraux - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ».
- [15] Phina-Ziebin, Xavier, Lionel Bonnevie, et Liliane Pellegrin. *Les médecins généralistes face aux nouveaux anticoagulants oraux*. Créteil, France: Université Paris-Est Créteil, 2015.
- [16] Vega, Anne. « cultural determinants of prescription among French general practitioners ». *Médecine* 8, n° 4 (1 avril 2012): 169-73.
doi:10.1684/med.2012.0824.
- [17] Bloy, Géraldine. « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles ». *Sciences sociales et santé* 26, n° 1 (1 mars 2008): 67-91.
- [18] Darmon, David, Manon Belhassen, Sophie Quien, Carole Langlois, Pascal Staccini, et Laurent Letrilliart. « Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique ». *Santé Publique* 27, n° 3 (13 août 2015): 353-62.
- [19] Laure et Trépos, « Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes ».
- [20] Bachimont, Cogneau, et Letourmy, « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? »
- [21] Vallée, Jean-Pierre. « L'information des médecins généralistes sur le médicament ». *Médecine* 3, n° 10 (2007): 436-438.
- [22] Vega, Anne. « Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

chez les médecins généralistes français ». *Sciences sociales et santé* 30, n° 3 (1 septembre 2012): 71-102.

- [23] « Charte de la visite médicale - Instances rattachées ».
- [24] Perrault, Clément. « Vécu de “l’affaire Mediator®” par le médecin généraliste et conséquences sur sa pratique de prescription et sur sa relation au système de pharmacovigilance : étude qualitative auprès de médecins généralistes picards »
- [25] Davenas, Armelle. « Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne : état des lieux et évolution de leurs relations ».
- [26] « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - un manuel pratique - comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf ».

ANNEXE 1 : Le Questionnaire

Vous recevez en consultation , Mr B 72 ans , aux antécédents de diabète de type 2 et HTA suite à sa consultation avec le cardiologue pour la découverte d'une arythmie.

Son traitement se compose de :

- Metformine 850 matin et soir
- Perindopril 2 mg : 1 le matin
- Atorvastatine 20 : 1 par jour

Il s'agit d'un patient autonome, vivant au domicile avec sa femme , en excellent état général.

Son dernier bilan biologique retrouve une HbA1c à 6,5 , pas de trouble de la formule ni du ionogramme , bonne fonction rénale.

Il vous tend la lettre du cardiologue qui confirme le diagnostic d'arythmie et pour lequel il a été décidé d'instaurer un traitement par Apixaban (ELIQUIS) 5 mg 1 matin et soir .

1) Etes vous d'accord avec la prescription d'une anticoagulation dans ce contexte ?
Une seule réponse possible.

- oui Passez à la question 3.
- non Passez à la question 2.

2) Si non , quelle(s) donnée(s) a (ont) motivé votre décision?
Plusieurs réponses possibles.

- résultat du score EHRA
- résultat du score CHADSVASC2
- résultat du score HASBLED
- Autre :

Passez à la question 4.

3) Si oui , quelle(s) donnée(s) a (ont) motivé votre décision?
Plusieurs réponses possibles.

- le résultat du SCORE EHRA
- le résultat du Score CHADS2VASC
- le résultat du score HAS BLED
- Autre :

Passez à la question 4.

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

4) Etes-vous d'accord avec le choix d'un anticoagulant oral en première intention dans ce contexte ?

Une seule réponse possible.

- oui Passez à la question 5.
- non Passez à la question 10.

5) Auriez vous prescrit Apixaban (ELIQUIS) ?

Une seule réponse possible.

- oui Passez à la question 6.
- non Passez à la question 7.

6) Pour quelle(s) raison(s) favorisez vous la prescription d'Apixaban (ELIQUIS) ?

Plusieurs réponses possibles.

- habitude de prescription
- conseil avisé de votre cardiologue habituel
- recommandation de la société française ou/et européenne de cardiologie
- innovation thérapeutique fiable
- facilité d'utilisation
- Autre :

Passez à la question 16.

7) Quelle molécule auriez vous prescrite ?

Une seule réponse possible.

- Dabigatran (PRADAXA) Passez à la question 8.
- Rivaroxaban (XARELTO) Passez à la question 9.

8) Pour quelle(s) raison(s) favorisez vous Dabigatran (PRADAXA) plutôt qu'Apixaban (ELIQUIS)

Plusieurs réponses possibles.

- habitude de prescription
- facilité de prescription
- recommandation société française et/ou européenne de cardiologie
- conseil de votre cardiologue habituel
- sécurité de la molécule
- Autre :

Passez à la question 12.

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

9) Pour quelle(s) raison(s) favorisez vous Rivaroxaban (XARELTO) plutôt qu'Apixaban (ELIQUIS)

Plusieurs réponses possibles.

- habitude de prescription
- facilité de prescription
- recommandation de la société française et/ou européenne de cardiologie
- conseil de votre cardiologue habituel
- sécurité de la molécule
- Autre :

Passez à la question 12.

10) Quelle molécule auriez vous favorisée ?

Une seule réponse possible.

- Previscan
- coumadine
- sintrom
- Autre :

Passez à la question 11.

11) Pour quelle(s) raison(s) favorisez vous un anticoagulant classique plutôt qu'un anticoagulant oral direct ?

Plusieurs réponses possibles.

- absence de recul
- absence d'antidote
- contrôle biologique pour les anticoagulants classiques
- recommandation de la haute autorité de santé
- formation et/ou connaissance pauvre sur le sujet
- Autre :

Passez à la question 12.

12) Au final , modifiez vous la prescription de votre confrère cardiologue ?

Une seule réponse possible.

- oui Passez à la question 13.
- non Passez à la question 15.

13) De quelle manière ?

Une seule réponse possible.

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

- Après concertation avec le cardiologue
- Sans concertation avec le cardiologue

Passez à la question 14.

14) Pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Peur des conséquences de cette molécule
- Refus de se faire imposer la prescription par un expert influencé par les laboratoires pharmaceutiques
- Conserver son indépendance de prescription et intellectuelle
- Connaissance suffisante sur le sujet (FMC, revue médicale)
- Autre :

Passez à la question 16.

15) Pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pression/incompréhension du patient face à la remise en question de la prescription du cardiologue
- déontologie professionnelle / confraternité
- sentiment d'infériorité dans ce domaine face au cardiologue
- Eviter un conflit avec votre confrère cardiologue
- Connaissance insuffisante sur le sujet
- Autre :

Passez à la question 16.

16) Au total, quel(s) a(ont) été le(s) différent(s) facteur(s) vous ayant influencé dans votre prescription finale

Plusieurs réponses possibles.

- Prescription initiée par le cardiologue
- Recommandations officielles
- Congrès médicaux
- Groupe de pairs
- Formation médicale continue
- Visiteur médicaux
- Revue de la littérature
- Autre :

Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes en Midi Pyrénées : A propos des anticoagulants oraux directs

INTRODUCTION : The new oral anticoagulant appear in FRANCE in 2008 like a real alternative to the vitamin K antagonist to the stroke prevention in patient with atrial fibrillation.

Predominantly prescribe by heart or vein specialist , they are used carefully by omnipraticiens , rarely first prescriber but repeating prescription to the cardiologist .

QUESTION : heart specialist inflencing the new oral anticoagulant's prescription by omnipraticiens ?

Objectif : judging french generalist's desicion when the cardiologist prescribe an AOD in first attention to the stroke prevention in atrial fibrillation

METHODS AND RESULTS : realization mutiple choice question when cardiologist prescribing ELIQUIS in patient with atrial fibrillation

There were 132 french generalist enrolled , 72,7% are agree with an AOD in first choice , 63,6% prescribe ELIQUIS following cardiologist's advice , 78,3% prescribe XARELTO out of habit . 88,1% prescribe COUMADINE like new oral anticoagulant's alternative .

61,6% of french generalist not approuve cardiologist's prescription and no change this by respect in relation to cardiologist and patient's incomprehension

67,7% of french generalist believe that cardiologit's prescription is the principal factor influencing there prescription

DISCUSSION : This study demonstrates a change to the stroke prevention in atrial fibrillation by the french generalist . We observe an increase in new oral anticoagulant's prescription explain by the first prescription by cardiologist and patient's incomprehension. However , the french generalist are a good knowledge and are not influence by the pharmaceutical lobbying

CONCLUSION The local collaboration between generalist and cardiologist is the prime mover in the new oral anticoagulant's prescription . The medical's formation own to contribute towards generalist-cardiologist meeting .

AUTEUR : PINEAU Marc Eric

TITRE : Rôle du cardiologue dans la prescription des innovations thérapeutiques par les médecins généralistes de Midi Pyrénées: A propos des anticoagulants oraux directs

DIRECTEUR DE THESE: Docteur Michel BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE: 15 Septembre 2016 , Faculté de médecine de PURPAN, TOULOUSE , salle des thèses

RESUME

Introduction : L'apparition des anticoagulants oraux directs (AOD) en FRANCE , depuis 2008, a représenté une alternative crédible aux AVK dans la prise en charge du risque thromboembolique dans la fibrillation auriculaire . Majoritairement prescrits par les cardiologues et les angiologues , ils apparaissent utilisés de manière plus précautionneuse par les médecins généralistes , rarement primo prescripteurs , renouvelant préférentiellement la prescription initiale du spécialiste d'organes . Ces éléments nous ont amenés à nous demander si le cardiologue influençait le médecin généraliste dans la prescription des AOD.

Objectif : évaluer l'attitude décisionnelle de prescription du médecin généraliste face à la prescription du cardiologue dans la prise en charge du risque thromboembolique dans la FA .

Matériel et méthodes : étude transversale , descriptive et réalisation d'un cas clinique sous forme de QCM d'un patient présentant une FA et un traitement par ELIQUIS initié par le cardiologue .

Résultats : sur les 132 réponses , 72,7% des médecins généralistes approuvent le choix d'un AOD en première intention , 63,6% choisissent ELIQUIS suite au conseil du cardiologue , 78,3% qui choisissent XARELTO le font par habitude de prescription . 88,1% des médecins choisissent de la COUMADINE comme alternative aux AOD .

61,6% des médecins en désaccord avec la prescription du cardiologue ne la modifient pas par esprit de confraternité et par peur d'une incompréhension du patient .

67,7% des médecins considèrent la prescription initiale du cardiologue comme facteur décisionnel principal à leur prescription.

Discussion : notre travail montre une modification des pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge du risque thrombo embolique dans la FA avec une majorité de prescriptions d'un AOD , motivée principalement par la primo prescription initiée par le cardiologue . Malgré tout , les médecins généralistes gardent leur esprit critique avec des connaissances maîtrisées sur le sujet et une faible influence du lobbying pharmaceutique .

Conclusion : la collaboration de proximité entre cardiologue et médecins généralistes est un moteur décisionnel important dans la prescription des AOD . La formation médicale continue doit contribuer aux rencontres entre confrères de la spécialité médecine générale et cardiologique.

Mots clés : prescription - nouveaux anticoagulants oraux - cardiologue - généralistes - innovations thérapeutiques