



HAL
open science

**Exploration des représentations et des difficultés des
médecins généralistes concernant l'arrêt des
antidépresseurs dans le cadre d'un Épisode Dépressif
Caractérisé de l'adulte de 18 à 75 ans**

Urko Perret

► **To cite this version:**

Urko Perret. Exploration des représentations et des difficultés des médecins généralistes concernant l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un Épisode Dépressif Caractérisé de l'adulte de 18 à 75 ans. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01723561

HAL Id: dumas-01723561

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01723561>

Submitted on 5 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse n°14

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 27 février 2018

Par Urko PERRET

Né le 21/03/1988 à Bayonne

Exploration des représentations et des difficultés des médecins
généralistes concernant l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un
Episode Dépressif Caractérisé de l'adulte de 18 à 75 ans

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Bruno LEPLAIDEUR

Rapporteur de thèse :
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Monsieur le Professeur William DURIEUX
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Président
Juge
Juge
Rapporteur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Directeur du Département de Médecine Générale et Professeur des Universités de Médecine Générale, Médecin Généraliste. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, et je vous en remercie. Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Maître de conférences associé, Médecin Généraliste. Je vous remercie d'avoir jugé ce travail, vous me faites un grand honneur.

A Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Psychiatre. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur William DURIEUX

Professeur Associé, Médecin Généraliste. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, et je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Bruno LEPLAIDEUR

Médecin Généraliste, Maître de stage en Médecine Générale à l'Université de Bordeaux.

Merci de m'avoir accompagné dans ce travail, et de m'avoir consacré autant de temps. Merci de votre aide et de vos précieux conseils, tout au long de ce travail.

Aux médecins, ayant accepté de participer à cette étude,

Merci du temps que vous m'avez accordé.

Nere familiari, à ma famille,

Aita eta Amari, milesker zuen sustengoarentzat, nere ikasketen zehar. Laguntza et kontseilu hainitz eman dizkidazue. Maite zaituztet.

Nere anai eta arreberi, Marie, Jokin, Haize eta Leireri, milesker. Famili ederra dugu, eta elgarketak beti zoriontsuak daude.

Laguneri, à mes amis,

Patxi eta Ramuntxo,

Aspaldiko lagunak. Oroitzapen anitz baditut zuekin, eta beste batzu eraikiko ditugu.

A Jérôme, Vincent, Tristan, Paul, Amaury, Antoine, Guillaume

Ces années bordelaises étaient des plus amusantes. L'internat nous a éparpillés, mais les retrouvailles ont toujours été au top. A quand la prochaine ?

A tous mes anciens co-internes,

Pour ces années passées dans une bonne ambiance.

A Olivia,

Merci pour tes conseils ton soutien et ta patience, tout au long de ce travail. Et bien sûr, merci pour tout le reste, pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Il nous reste beaucoup de choses à découvrir.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
ABREVIATIONS.....	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 Justification de l'étude	8
1.2 Les risques à l'arrêt d'un antidépresseur	9
1.2.1 Le syndrome dit de « sevrage ».....	9
1.2.2 Le risque de rechute et de récurrence	10
1.3 Recommandations de bonnes pratiques.....	11
1.3.1 Respect d'une durée minimale de traitement	11
1.3.2 L'évaluation de la rémission	12
1.3.3 Une diminution progressive du traitement antidépresseur	12
1.3.4 La réévaluation en cours d'arrêt et la détection précoce des signes de rechutes.....	13
1.4 Question de recherche et objectifs	13
2 MATERIELS ET METHODES	14
2.1 Type d'étude.....	14
2.2 Population étudiée	14
2.3 Guide d'entretien	15
2.4 Recueil et retranscription des données.....	15
2.5 Analyse	15
3 RESULTATS.....	17
3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	17
3.2 Résultats de l'analyse	19
3.2.1 Les déterminants de l'arrêt du traitement.....	19
3.2.1.1 La motivation du médecin	19
3.2.1.2 L'accord médecin-patient.....	19
3.2.1.3 L'avis du patient	20
3.2.1.4 Le respect d'une durée minimale de traitement	22
3.2.1.5 L'évolution de la cause de la dépression.....	23
3.2.1.6 L'évaluation clinique du patient	24
3.2.1.7 La période	26
3.2.1.8 Collaboration avec le psychothérapeute.....	26

3.2.2	Les difficultés à l'arrêt du traitement.....	26
3.2.2.1	Réticences du patient à l'arrêt du traitement.....	26
3.2.2.2	Les craintes et incertitudes du médecin.....	32
3.2.2.2.1	Craintes du médecin à l'arrêt du traitement	32
3.2.2.2.2	Incertitudes et difficultés décisionnelles des médecins.....	33
3.2.2.3	Les aides et améliorations évoquées	38
3.2.2.3.1	Demande de formation ou de référentiels	38
3.2.2.3.2	Faciliter l'accès aux psychothérapies	39
3.2.2.3.3	Absence de proposition.....	40
3.2.3	Les modalités de sevrage	40
3.2.3.1	Un sevrage progressif	40
3.2.3.2	Autres stratégies complémentaires	42
3.2.3.3	Le suivi du patient	42
3.2.3.4	Une démarche sans protocole	43
3.2.4	Synthèse des résultats.....	45
4	DISCUSSION	47
4.1	Discussion de la méthode.....	47
4.1.1	Précision de l'objectif	47
4.1.2	Choix de la méthode qualitative	47
4.1.3	Choix des entretiens individuels.....	47
4.1.4	Choix des entretiens semi-dirigés.	48
4.1.5	L'échantillonnage	48
4.2	Forces de l'étude	49
4.3	Faiblesses de l'étude	49
4.3.1	Liées au type d'étude	49
4.3.2	Liées à la qualité des entretiens	49
4.3.3	Liées aux modalités de recueil de données.....	50
4.3.4	Liées à l'analyse : l'absence de triangulation	50
4.4	Discussion des principaux résultats.....	50
4.4.1	La démarche décisionnelle	51
4.4.1.1	Une approche centrée patient	51
4.4.1.2	L'avis médical.....	52
4.4.1.2.1	La durée minimale de traitement	53
4.4.1.2.2	L'évolution de la cause de la dépression.....	53

4.4.1.2.3	L'évaluation clinique du patient.....	54
4.4.2	Les difficultés à l'arrêt du traitement.....	56
4.4.2.1	Les hésitations et réticences du patient.....	56
4.4.2.2	Craintes, incertitudes, et difficultés décisionnelles des médecins.....	57
4.4.2.2.1	En l'absence de psychothérapie.....	59
4.4.2.2.2	En cas de rechute ou récurrence.....	60
4.4.2.2.3	En cas de comorbidités	61
4.4.2.2.4	En cas de traitements prolongés.....	61
4.4.3	Modalités de sevrage	62
4.4.4	Perspectives de recherche	63
5	CONCLUSION	64
	REFERENCES	66
	ANNEXES.....	70
	ANNEXE 1 : Mail de recrutement	70
	ANNEXE 2 : Guide d'entretien	71
	ANNEXE 3 : Entretiens	73
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	133

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

APA : Association américaine de psychologie

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition

EDC : Episode dépressif caractérisé

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

WONCA : Société Européenne de Médecine Générale

1 INTRODUCTION

1.1 Justification de l'étude

La consommation d'antidépresseurs tend à augmenter dans tous les pays occidentaux. Selon un rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la place de la France en Europe, en termes de consommation d'antidépresseurs, aurait reculé à la 12^{ème} place, mais celle-ci a augmenté d'environ 25% entre 2000 et 2011 (1).

Les antidépresseurs sont un des moyens thérapeutiques à disposition du médecin pour le traitement de l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC), un trouble de l'humeur fréquent qui concernerait, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), plus de 3 millions de personnes. Sa prévalence au cours des 12 derniers mois a été estimée entre 5 % et 12 % selon les sources et les outils de mesure utilisés (2).

Les données statistiques révèlent l'importance des soins primaires dans la prise en charge et le suivi de l'EDC. Selon l'enquête ANADEP de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) publiée en 2005, parmi les individus de 18-75 ans ayant eu recours à un professionnel de santé pour un EDC, 73% ont consulté un médecin généraliste, quelle qu'en soit la gravité, dont 30,3% de façon exclusive sans recours à un autre spécialiste (psychologues et psychiatres notamment) (3). D'après le site de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), au cours de l'année 2009, l'« humeur dépressive » et la « dépression » auraient engendré en moyenne 73 et 88 actes par médecin (4). Les médecins généralistes ont régulièrement recours aux antidépresseurs pour le traitement de la pathologie dépressive de l'adulte : d'après une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée en 2012, 2 médecins sur 3 (66%) utilisaient systématiquement les antidépresseurs, que l'EDC soit léger ou sévère (5).

En France et en Angleterre, il a été démontré que l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs ne semblait ni être liée à une augmentation de l'incidence de la dépression, ni à une augmentation du recours aux soins ou du nombre de diagnostics de dépression effectués pour lesquels un antidépresseur est prescrit, mais plutôt à un allongement de leur durée de prescription (6,7). En France, selon l'enquête ANADEP, parmi

les patients déclarant consommer des antidépresseurs, 20% en consommaient depuis une période s'étalant de 1 à 3 ans, et 46% en consommaient depuis plus de 3 ans (3). On retrouve des chiffres comparables dans d'autres pays. Aux Etats-Unis par exemple, plus de 60% des patients prenant des antidépresseurs les consommaient depuis plus de 2 ans, et 14% depuis plus de 10 ans (8).

Une étude australienne a retrouvé qu'un tiers des patients consommant des antidépresseurs depuis plus de 2 ans ne présentait plus de critères dépressifs depuis plus d'un an (9). Des traitements prolongés pourraient être justifiés dans le cadre de prévention de récives dépressives, mais les hypothèses d'un manque de réévaluation de la part du médecin généraliste et de la présence de difficultés à l'arrêt des antidépresseurs ont émergé (6,7,9).

En échangeant avec certains confrères avant la réalisation de cette étude, je me suis aperçu que la situation d'arrêt d'un antidépresseur n'était pas anodine et dépourvue d'hésitations pour les médecins, d'autant plus qu'ils se retrouvaient face au patient dont les préférences et comportements sont déterminants dans toute décision médicale. Pourtant, il n'a pas été retrouvé d'études traitant des représentations des médecins concernant l'arrêt d'un traitement antidépresseur, et des difficultés qu'ils pourraient rencontrer. Etant donné l'importance des soins primaires dans cette pathologie, il était nécessaire d'étudier cette problématique dans une population de médecine générale.

Avant d'exposer notre étude, nous redéfinirons les risques liés à l'arrêt des antidépresseurs et nous parlerons des recommandations existantes à ce propos.

1.2 Les risques à l'arrêt d'un antidépresseur

L'arrêt d'un traitement antidépresseur expose à des risques que le médecin doit prendre en considération à savoir les risques de syndrome dit de « sevrage » et de rechute ou de récives.

1.2.1 Le syndrome dit de « sevrage »

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) décrit le syndrome dit de « sevrage » aux antidépresseurs ou syndrome « d'arrêt » par la survenue de certaines manifestations cliniques pouvant apparaître lors de l'arrêt de l'antidépresseur, que ce soit en cas d'arrêt brutal, ou même lors d'une diminution progressive. Il s'agit de

manifestations telles que l'anxiété, l'irritabilité, les troubles du sommeil, les troubles neurosensoriels, avec notamment des sensations vertigineuses, ou encore un syndrome pseudo-grippal. Tous les antidépresseurs sont susceptibles d'induire un syndrome de sevrage (10).

Le syndrome de sevrage est d'autant plus fréquent que l'arrêt est brutal, la posologie élevée, la durée de traitement prolongée, et que la demi-vie du traitement est courte. Son incidence a pu être évaluée jusqu'à 78% en fonction de la demi-vie des différentes molécules (11).

Selon l'AFSSAPS, la majorité des cas seraient légers et temporaires et dureraient généralement moins d'une semaine, mais certains auteurs ont déclaré que ces symptômes pouvaient être très handicapants, prolongés, et être à l'origine d'une réintroduction de la posologie antérieure de l'antidépresseur au cours de l'arrêt (12,13).

Les mécanismes physiopathologiques de sa survenue se précisent de plus en plus. La présence de ce syndrome serait probablement liée aux mécanismes de compensation des neurones, qui prennent un certain temps à se restabiliser après l'arrêt de la prise des antidépresseurs (11,12).

1.2.2 Le risque de rechute et de récurrence

L'EDC est considéré comme une pathologie récidivante. En effet, 25 à 40 % des patients initialement guéris récidivent à 2 ans, et environ 60% à 5 ans (14,15).

Dans la littérature, on distingue la rechute de la récurrence (également appelée récurrence). Les définitions suivantes proviennent des recommandations françaises (16) :

La rechute correspond, après amélioration, à la réapparition de symptômes dépressifs au cours du même épisode dépressif.

La récurrence ou récurrence dépressive est caractérisée par l'apparition d'un nouvel épisode dépressif, c'est-à-dire après une période supérieure à 6 mois suivant la rémission d'un épisode dépressif isolé.

Certains facteurs prédictifs de la récurrence des épisodes dépressifs sont maintenant bien identifiés (10,14) :

- une histoire familiale de dépression,
- les événements de vie à type de perte ou de deuil comme la perte d'un parent avant l'âge de 15 ans (en particulier le parent de sexe opposé) ou à type de traumatismes précoces,
- un nombre important d'épisodes antérieurs et d'hospitalisations antérieures,
- l'existence de troubles psychiatriques ou somatiques associés,
- l'arrêt de traitement prématuré à l'initiative du patient ou du médecin,
- la persistance de symptômes résiduels (nous y reviendrons).

1.3 Recommandations de bonnes pratiques

Etant donné le caractère récidivant de l'EDC et le risque de syndrome de sevrage, les guides internationaux (17) et français (10,16,18) traitant de la prise en charge de l'EDC et du bon usage des antidépresseurs, recommandent certaines précautions à prendre à l'arrêt des antidépresseurs. Il s'agit de :

- Respecter une durée minimale de traitement ;
- S'assurer de la rémission complète de l'EDC ;
- Effectuer une diminution progressive de l'antidépresseur ;
- Assurer un suivi régulier, afin de détecter les signes précoces de rechute.

1.3.1 Respect d'une durée minimale de traitement

Depuis plusieurs années, en prévention des rechutes, une phase de consolidation du traitement est recommandée, après obtention d'une rémission. L'ANAES recommande en 2002, une durée minimale de 6 mois de traitement (grade A). L'arrêt prématuré d'un traitement est considéré comme un facteur de risque de rechute (18).

En prévention des récurrences, une prolongation du traitement sur une plus longue phase, appelée phase de maintien, est recommandée lors de situations jugées à haut risque de récurrence. Actuellement, la HAS recommande une durée minimale de 18 mois à 2 ans après obtention de la rémission chez les patients ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs majeurs au cours des 4 dernières années :

- si ceux-ci ont été rapprochés et/ou sévères,

- surtout lorsqu'existent des symptômes résiduels, des pathologies associées, des antécédents familiaux de dépression (16).

Selon la revue Prescrire, cette dernière recommandation résulte d'un accord professionnel (19). Plusieurs auteurs signalent le peu d'études à disposition concernant l'efficacité des antidépresseurs au long cours, et leur faible niveau de preuve. Aucune de ces études ne semble avoir été réalisée en soins primaires, et il reste difficile de savoir qui pourrait bénéficier d'un tel traitement préventif (20–23).

1.3.2 L'évaluation de la rémission

La rémission complète étant l'objectif thérapeutique d'un traitement antidépresseur, il est essentiel de s'assurer que celle-ci ait été obtenue avant d'arrêter le traitement. Elle correspond à une amélioration d'une qualité suffisante pour que l'individu soit considéré comme asymptomatique. En d'autres termes, cela correspond à une disparition des symptômes et à un retour à un fonctionnement « normal », antérieur, de l'individu (10,17,24).

L'obtention d'une rémission complète est importante. En effet, des études ont montré que la présence de symptômes résiduels était un facteur de risque de récurrence. Ils sont définis par des symptômes potentiellement invalidants, qui ne sont plus en quantité suffisante pour déterminer un EDC (24). Dans les dix mois suivant la rémission d'un épisode, 76% des patients en rémission partielle récidivent, contre 25% des patients en rémission complète (25).

Les symptômes résiduels les plus caractéristiques sont, pour la HAS, l'anxiété, les troubles de l'appétit, de la libido, la sensation de fatigue, la réactivité au stress, l'altération de l'image de soi, le pessimisme, une dysphorie, une perte de motivation, un émoussement affectif et les troubles du sommeil (16).

1.3.3 Une diminution progressive du traitement antidépresseur

La diminution progressive du traitement serait la stratégie clé pour prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage, et le patient doit en être prévenu. Selon la HAS, la période de diminution des posologies doit être d'autant plus prolongée que la durée du traitement a été longue (16). Mais, comme le soulèvent certains auteurs, il y a eu peu

d'études sur un schéma de diminution optimal, et il n'y a donc pas de réel consensus établi. En conséquence, la rapidité du sevrage semble être laissée à l'appréciation du médecin (26). Dans son guide, la HAS, ne donne qu'un exemple de diminution (16) :

- Traitement < 1 an : arrêt en quelques semaines en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière.
- Traitement > 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière.

1.3.4 La réévaluation en cours d'arrêt et la détection précoce des signes de rechutes

Etant donné que la période de diminution et d'arrêt du traitement est une période à risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement, l'AFSSAPS déclare que l'arrêt doit s'accompagner d'une augmentation de la fréquence des consultations, afin de rechercher les signes précoces d'une rechute ou d'une récurrence dépressive (10).

1.4 Question de recherche et objectifs

La question de recherche était la suivante : Quelles sont les représentations et les éventuels freins ou difficultés des médecins généralistes concernant l'arrêt d'un antidépresseur dans le cadre d'un EDC en soins primaires ?

Notre objectif principal était donc, d'explorer, de décrire et de comprendre les représentations et les éventuelles difficultés des médecins généralistes à l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un EDC d'un adulte de 18-75 ans.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Type d'étude

Pour nous permettre de répondre au mieux à la question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique, par entretiens semi-dirigés.

2.2 Population étudiée

La population cible de cette étude était celle des médecins généralistes exerçant en soins primaires. Les médecins de notre échantillon ont été recrutés dans les départements du Tarn (81) et des Pyrénées Atlantiques (64).

Un échantillonnage dynamique a été réalisé, recherchant une diversification des personnes interrogées selon certaines caractéristiques prédéfinies :

- le mode d'exercice (seul ou en groupe)
- le milieu d'exercice (rural ou urbain)
- le genre (homme ou femme)

Les médecins recrutés ont été contactés par téléphone. Trois d'entre eux étaient connus de l'enquêteur. Le choix des participants restants a été fait de manière aléatoire à partir d'une recherche dans l'annuaire disponible sur le site ameli.fr, tout en prêtant attention aux critères énoncés précédemment. A la demande de certains médecins, ou des secrétariats des cabinets médicaux, un mail a été envoyé, précisant les objectifs, la raison de leur sollicitation, les modalités de la réalisation de l'étude, et son caractère non obligatoire et anonyme (Annexe 1, p70). Les personnes contactées avaient bien sûr le choix d'accepter ou de refuser d'y participer. Pour celles qui ont accepté de participer à l'étude, un rendez-vous a alors été pris. Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à l'interviewé.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance, le recrutement des participants a été poursuivi jusqu'à saturation des données et quelques entretiens supplémentaires ont été réalisés pour vérifier cette saturation.

2.3 Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré en amont, présentant plusieurs questions correspondant à notre champ de recherche (Annexe 2, p71-72). Ce guide d'entretien comportait :

- 1) Une présentation de l'enquêteur, un rappel de l'objectif de l'étude, de la raison de la sollicitation du médecin interviewé, et des modalités de recueil et d'analyse des informations.
- 2) Un court questionnaire quantitatif, visant à recueillir les caractéristiques des différents médecins interrogés.
- 3) Une trame de questions ouvertes, neutres (n'orientant pas la réponse), centrées sur la question de recherche, permettant de faire ressortir les vécus des médecins généralistes et leurs difficultés concernant l'arrêt des antidépresseurs.

2.4 Recueil et retranscription des données

Le recueil des données a été effectué par enregistrement audio, à l'aide d'un smartphone Huawei-P9 lite. Il n'a été réalisé qu'après avoir obtenu le consentement oral du médecin sur la réalisation et l'exploitation des enregistrements. J'ai moi-même conduit chaque entretien.

J'ai intégralement retranscrit l'ensemble des entretiens sous forme de Verbatim, c'est-à-dire au mot à mot, dans l'optique de retranscrire au mieux l'authenticité des propos (en respectant les silences, les intonations, les rires, etc.) sur un support informatique Microsoft Office Word 2007®. Chaque recueil a été anonymisé lors de la retranscription écrite que j'ai effectuée en attribuant un numéro à chaque entretien (E1 à E13).

A la fin du travail, les enregistrements obtenus ont été supprimés.

2.5 Analyse

L'analyse des Verbatim a été réalisée avec une approche phénoménologique, grâce au logiciel NVivo 11 starter® de la société QSR International.

L'analyse des données a été faite selon les démarches suivantes :

- Lecture des textes
- Identification des phrases et des expressions clés dans les textes. Un code a été attribué à chaque unité de sens.
- Regroupement des codes en en catégories et sous-catégories à l'aide du logiciel. La catégorisation a évolué au fil des entretiens. A partir des catégories émergentes, une nouvelle analyse des entretiens a été réalisée.
- Recherche de relations entre thèmes dans les textes

Cette analyse a été réalisée de manière individuelle mais la pertinence du codage a été évaluée par le Dr Leplaideur, directeur de cette thèse.

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

28 médecins ont été contactés :

15 médecins étaient d'accord pour participer à l'étude. Seuls **13 entretiens (E1 à E13) ont été effectués avec 13 médecins (M1 à M13)**, la saturation des données ayant été obtenue à partir du 10^{ème} entretien.

13 autres médecins n'ont pas participé à l'étude. 3 d'entre eux n'étaient pas disponibles et n'ont pas été joignables. Pour 7 d'entre eux, le manque de temps était la raison principale. Pour 3 autres, le motif de refus n'était pas connu.

Les entretiens ont été réalisés dans une période allant du 07 février 2017 au 24 mars 2017. Deux d'entre eux se sont réalisés au domicile du médecin. Les onze restants ont été réalisés aux cabinets des médecins. Ces entretiens figurent en annexe (Annexe 3, p73-132).

L'échantillon se composait de 6 Hommes et 7 Femmes. Le plus jeune des médecins avait 34 ans, le plus vieux 64ans. 8 d'entre eux exerçaient en zone urbaine, 2 en zone semi-rurale, et 3 en zone rurale. 3 médecins exerçaient seuls, et 3 étaient maîtres de stage. Trois médecins exerçaient dans les Pyrénées Atlantiques, 10 dans le département du Tarn. Les profils des médecins interrogés sont détaillés dans le tableau 1.

La durée moyenne des entretiens était de 12 min. L'entretien le plus long a duré 17 min, le plus court 09 min (tableau 2). Au total, 154 minutes ont été enregistrées puis analysées, soit 2 heures et 34 minutes.

Médecin	Genre	Age	Année d'Installation	Zone	Mode d'exercice	Actes par jour	Maître de stage
M1	Femme	34	2012	Urbaine	Groupe	25-30	Non
M2	Homme	45	2002	Urbaine	Seul	20-25	Non
M3	Homme	59	1982	Urbaine	Seul	30	Non
M4	Homme	63	1984	Rurale	Groupe	25	Oui
M5	Homme	56	1992	Rurale	Groupe	25	Non
M6	Homme	36	2009	Urbaine	Groupe	30	Non
M7	Homme	34	2014	Urbaine	Groupe	45-50	Non
M8	Femme	34	2014	Urbaine	Groupe	20-25	Non
M9	Femme	46	2004	Semi-rurale	Groupe	25	Oui
M10	Femme	58	1997	Semi-rurale	Seul	25-30	Non
M11	Femme	53	1994	Urbaine	Groupe	30	Oui
M12	Femme	52	1993	Urbaine	Groupe	30	Non
M13	Femme	52	1998	Rurale	Groupe	20	Non

Tableau 1. Profil des médecins interrogés

Entretien	Durée de l'entretien (en minutes)
E1	12
E2	10
E3	13
E4	9
E5	17
E6	13
E7	13
E8	9
E9	16
E10	10
E11	9
E12	11
E13	14

Tableau 2. Durée des entretiens

3.2 Résultats de l'analyse

3.2.1 Les déterminants de l'arrêt du traitement

3.2.1.1 La motivation du médecin

Plusieurs médecins ont défini l'arrêt du traitement comme étant **un but, un objectif** :

« C'est quelque chose vers laquelle il faut tendre » (E2)

« il faut tenter d'arrêter, quand même, parce que moi, si on peut arrêter la chimie, je le fais, je tente » (E12)

Plusieurs médecins ont déclaré qu'ils voulaient **éviter des prescriptions prolongées**.

« le but, à l'instauration, donc quand c'est moi qui instaure un antidépresseur, le but, c'est pas que le patient le prenne toute sa vie » (E1)

« quand on les met en place c'est pour une période définie » (E8)

« Renouveler pour renouveler, ça ne me plaît pas » (E3)

3.2.1.2 L'accord médecin-patient

Dans la quasi-totalité des entretiens, on a pu noter que la décision de l'arrêt du traitement faisait intervenir le médecin et le patient. De nombreux médecins ont parlé d'**un accord, d'une collaboration** :

« l'arrêt va se faire en concertation entre lui et moi » (E9)

« quand on décide de l'arrêter, c'est toujours en accord avec le patient » (E8)

« l'arrêt de l'antidépresseur, ça doit se faire en collaboration avec le prescripteur et le patient » (E3)

« c'est quelque chose que je décide avec le patient » (E11)

Certains médecins ont insisté sur le fait qu'**un arrêt sans concertation médicale n'était pas envisageable**.

« je pense que le patient ne doit pas décider seul de l'arrêt de son traitement » (E11)

« Je n'aime pas qu'ils décident tous seuls » (E9)

Il fallait limiter les **erreurs de décision du patient** :

« si il (l'arrêt, ndlr) ne se fait pas avec le médecin, euh on a 80% de chances de rechuter dans l'année qui suit, ça c'est évident [...] le patient qui est mieux, il se sent mieux, il arrête de lui-même, il ne revient pas, et il se plante quoi [...] il y a les patients qui croient être guéris, et qui croient être mieux et qui arrêtent » (E3)

« Il y en a quelques uns hein, qui l'arrêtent tout seuls [...] certains ne viennent pas me voir quand ils l'arrêtent, et puis bon après, euh... s'il y a un problème sous-jacent, ils reviennent après pour me reparler de ces problèmes. Donc euh... il faut éviter ça » (E10)

« ceux (les patients, ndlr) qui l'arrêtent d'eux mêmes, ils font un peu n'importe quoi avec leur traitement, parce qu'ils le reprennent, l'arrêtent » (E5)

Le médecin pouvait exprimer **son désaccord** :

« le patient avec qui je suis en désaccord [...] qui me semble toujours, euh, fragile, et qui souhaite arrêter, je lui fais comprendre que je ne suis pas d'accord [...] Quand ça arrive, c'est que le patient en a marre, ou alors a peur de la dépendance » (E11)

Deux médecins laissaient au contraire, une certaine **liberté de décision au patient**. Ils ont déclaré que le patient pouvait décider seul de l'arrêt de son traitement :

« ils l'arrêtent tout seuls et qu'on ne les revoit pas pendant un bon moment [...] souvent euh, ils ont bien agi. (Rires) » (E13)

« La plupart du temps, ils arrêtent le traitement d'eux mêmes je dirais [...] Ca ne va pas forcément se décider ici, sauf si le patient veut venir nous en parler » (E2)

3.2.1.3 L'avis du patient

Au vu de l'intégralité des entretiens, le patient avait un rôle central dans la décision d'arrêt du traitement antidépresseur.

L'arrêt dépendait du **ressenti du patient, et de sa motivation** : le patient devait être « **prêt** », « **fort** », « **solide** », pour arrêter le traitement :

« des fois je suis sûre, on peut l'arrêter, le patient le verbalise, il se sent vraiment beaucoup plus solide dans sa vie, il est prêt » (E13)

« Si le patient me dit maintenant je suis prêt, je me sens assez fort, on peut tenter de, voilà » (E10)

« quand le patient se sent plus solide, prêt à l'arrêter, à ce moment là on envisage la décroissance » (E1)

« il faut qu'il y ait une motivation du patient » (E6)

Pour certains médecins, **le patient était le décideur principal** : « *c'est surtout lui qui décide* » (E2). A ce titre, le rôle du médecin était de **l'accompagner dans sa réflexion** :

« je lui donne des éléments qui me font penser qu'il est mieux [...] Je lui demande de réfléchir si ce ne serait pas l'occasion d'envisager, la prochaine fois qu'il revient me voir, une réduction du traitement, ou éventuellement un arrêt » (E5)

« je lui dis d'y songer. Et ainsi, il a quand même réfléchi, et moi je sais qu'on va aborder ça à la consultation suivante [...] nous on est là pour le guider, pour l'aider » (E9)

« Parler de l'arrêt du traitement dès l'initiation, et régulièrement lors de toute la prise en charge de la dépression, ça permet aussi de préparer le patient pour le jour où cela viendra » (E7)

Le patient a été qualifié de **guide, celui qui savait si l'arrêt était possible ou non** :

« c'est un peu le patient qui me guide euh dans le sevrage, quoi, si on peut tenter d'arrêter » (E10)

« il y a des patients, ils sont bien on les arrête, d'autres ils sont bien, et on ne l'arrête pas. C'est surtout le patient qui me guide » (E13)

« celui qui est le plus à même de sentir [...] qu'il n'a plus besoin de médicament, c'est le patient [...] j'estime que le patient estime de lui-même que le moment est bien venu » (E11)

Il fallait lui **faire confiance**.

« Je fais confiance au patient surtout » (E4)

« s'il me dit c'est bon, s'il est motivé, je lui fais confiance, on se lance » (E6)

Parfois, **le patient pouvait être à l'initiative de l'arrêt** :

« en principe quand on les propose, c'est surtout à la demande du patient » (E11)

« les patients, euh, ils le rappellent quand même qu'ils veulent l'arrêter quand même, enfin, hmm, je pense qu'ils le rappellent. Parce que parfois ils en ont marre aussi » (E13)

« Ça peut être [...] celle (la volonté, ndlr) du patient qui en a marre de prendre des traitements [...] dans la plupart des cas, c'est une demande du patient » (E2)

3.2.1.4 Le respect d'une durée minimale de traitement

La majorité des médecins ont déclaré que l'arrêt devait se faire **après une durée minimale de traitement**. Dans la majorité des cas, cette durée était de 6 mois, ou plus longue en cas de récurrence :

« je donne un délai qui est [...] de souvent de 6 à 9 mois pour un premier épisode, et parfois plus en cas de récurrence » (E12)

« il faut aussi compter 6 mois de traitement, au premier épisode au moins » (E3)

« Je regarde la durée aussi quand même. Si [...] ça fait plusieurs mois en principe 6 mois que le patient se sent bien [...] je vais mettre en place un sevrage » (E11)

« on va traiter 6 mois par exemple, voire un an » (E6)

« au bout de 6 mois, je vois, quoi, c'est pas forcément 6 mois, ça peut être un peu plus » (E10)

Certains ont déclaré informer le patient sur l'importance **d'éviter les arrêts prématurés**.

« j'aime bien en parler dès le début, parce qu'on s'aperçoit que les gens arrêtent souvent d'eux mêmes après 2 ou 3 mois, ils se sentent mieux et puis ils arrêtent, et c'est pas forcément ce qu'il faut faire » (E2)

« moi j'en parle assez tôt [...] je leur dis [...] qu'il faut attendre une phase de quelques mois » (E12)

3.2.1.5 L'évolution de la cause de la dépression

Plusieurs médecins ont rappelé que la dépression était généralement « **réactionnelle** » à une cause, un événement stressant, un « **problème profond** » (E1). Une des conditions à l'arrêt du traitement pour les médecins, **la résolution de cette cause ou son acceptation par le patient**.

« tout dépend de la cause inhérente à la dépression, il faut voir si cette cause est réglée ou pas, ou est-ce qu'elle est acceptée ou assimilée. [...] dans l'arrêt du traitement, ben c'est l'évolution de la cause, hein, qui va déterminer l'arrêt [...] s'il n'a pas réglé la cause ou ne l'a pas acceptée, à ce moment là, je prolonge le traitement sans hésitation » (E3)

« souvent quand les gens font une dépression aigue, au départ il ya souvent, euh une raison. C'est souvent réactionnel à une situation difficile, hein. C'est souvent une perte d'emploi, une séparation, un deuil, donc on évalue un peu par rapport à ça le travail qui a été fait » (E11)

« une fois qu'on est à distance de l'événement qui a provoqué [...] on essaiera de sevrer » (E4)

« quand c'est des dépressions dites entre guillemets réactionnelles et qu'on a pu du coup répondre à la problématique [...] quand le problème est réglé, il n'y a pas de raison que ça n'aille pas mieux » (E9)

3.2.1.6 L'évaluation clinique du patient

La décision d'arrêt du traitement passait par une **évaluation** clinique des patients. Quelques médecins y accordaient une importance particulière :

« Il faut être prudent, il faut bien évaluer le patient. L'important, c'est l'évaluation du patient » (E3)

La majorité des médecins ont déclaré rechercher des **signes dépressifs** : *« On recherche des symptômes » (E12)*. Plusieurs critères dépressifs ont été mentionnés de façon dispersée au sein des entretiens :

« Quand [...] les troubles du sommeil ont disparu, que les crises d'angoisses ont disparu, que le manque d'envie, que l'apathie a disparu » (E1)

« Je cherche la tristesse, les troubles du sommeil, la motivation à sortir, à avoir des activités, euh, le plaisir à manger » (E8)

« l'humeur à la maison, le travail, la reprise d'une activité professionnelle, la reprise d'activité en dehors du travail, euh, les rapports sociaux est-ce qu'ils se sont normalisés » (E7)

Un seul médecin a déclaré utiliser **des échelles d'évaluation** :

« j'utilise beaucoup les échelles d'évaluation, pour avoir des critères objectifs donc heu, ça aussi ça peut m'aider avec certaines échelles [...] essentiellement l'échelle MADRS, bon ben c'est un outil parmi d'autres hein » (E7)

Un autre les qualifiait en revanche d'inutiles :

« les outils d'évaluation je ne m'en servirai pas, parce que chaque cas est vraiment particulier quoi, hein » (E3)

Quelques médecins ont déclaré qu'il n'y avait **pas de démarche d'évaluation précise**

« je n'ai pas de protocole particulier, je m'adapte » (E4)

« C'est euh... un peu du micmac » (E1)

La décision reposait aussi sur **le ressenti du médecin, une impression clinique globale**. Ce ressenti pouvait être exprimé de manière explicite :

« est-ce que chacun y va un peu de sa méthode, de sa sauce, de son vécu, de son expérience, de la personne qu'il a en face, de ce qu'il ressent. Parce qu'il y a beaucoup de ressenti finalement dans cette situation » (E13)

« En discutant avec le patient, euh... Ce n'est pas forcément un interrogatoire précis, il y a du ressenti, de l'écoute » (E12)

« - I : Quand vous trouvez euh, que le patient est bien ? C'est-à-dire ?

- M9 : Euh... Et bien, euh... il y a du ressenti » (E9)

« C'est quand même très lié à l'interprétation » (E1)

Ou implicite :

« On attend que ça soit bien solide, et qu'il n'aille pas juste mieux. Que vraiment on sente, que ce qui a fait au départ qu'on a décidé de l'instauration du traitement, soit vraiment passé » (E1)

« s'il me donne l'impression qu'il va mieux » (E10)

« on voit tout de suite si la patiente arrive habillée ou maquillée, déjà c'est bon signe, hein, elle s'est reprise en main » (E3)

« Si à moi aussi il me paraît prêt, oui, je vais mettre en place un sevrage progressif » (E11)

« il y a des patients quand même qui sont fragiles [...] j'essaye d'appréhender cette fragilité » (E7)

« le patient [...] qui me semble toujours, euh, fragile » (E11)

Certains médecins ont déclaré qu'ils s'appuyaient sur leur **connaissance des patients et de leur environnement** :

« Connaissant le patient, son environnement, on sent bien si ça va être possible ou pas » (E3)

« j'essaie de voir s'il va réellement bien, le connaissant, à sa manière de parler, de ce qu'il me dit » (E6)

« Il faut bien connaître le patient, l'environnement dans lequel il vit, son entourage, pour déterminer l'arrêt » (E5)

3.2.1.7 La période

Un médecin a exprimé le fait que l'arrêt d'un antidépresseur s'effectuait aussi en fonction des saisons.

« je choisis souvent la période, je leur dis souvent pas en hiver, pas à l'automne, l'automne, j'estime que c'est une période plus à risque, les jours qui raccourcissent, donc je leur fais souvent faire soit en été soit au printemps » (E11)

3.2.1.8 Collaboration avec le psychothérapeute

Certains médecins ont déclaré collaborer avec un psychothérapeute pour arrêter le traitement :

« C'est vrai que moi, je travaille souvent avec un ou deux psychologues, et on se met d'accord sur l'arrêt du traitement... » (E5)

« s'il fait un travail avec un psychologue et qu'il continue son travail avec un psychologue, je me mets en accord avec lui, qu'on peut envisager un sevrage et un arrêt du traitement » (E11)

« Si je vois que le psychologue espace les séances, je me dis qu'on est en bonne voie pour arrêter le traitement, c'est une bonne indication [...] il faut s'assurer de garder contact avec les différents intervenants, avant d'arrêter, sinon le patient se dit qui c'est que je crois, quoi » (E9)

3.2.2 Les difficultés à l'arrêt du traitement

3.2.2.1 Réticences du patient à l'arrêt du traitement

Une grande majorité de médecins a déclaré faire face à des patients hésitants à l'arrêt du traitement.

Certains patients auraient des **doutes concernant leur capacité à arrêter l'antidépresseur** :

« il y a des patients qui hésitent, ils ont beau reconnaître que les choses se sont arrangées, qu'ils vont de nouveau bien, c'est pas toujours facile pour eux » (E3)

« Il y a le patient que je trouve prêt, et qui n'est lui-même pas tout à fait prêt ou en tout cas, qui ne sait pas lui-même s'il est prêt... qui est, euh, hésitant » (E11)

« je sais pas si le patient n'est pas assez critique envers lui-même, pour se dire heu, oui, réalisons, j'ai changé de travail, et ou d'épouse (rires), je sais pas, et donc ma vie a pris une nouvelle orientation j'ai repris un élan vital, j'ai plus besoin d'antidépresseur » (E5)

Les hésitations du patient pouvaient **influencer l'avis du médecin** :

« ils hésitent, donc est-ce qu'il faut l'arrêter » (E4)

« Si le patient hésite, souvent, je ne m'acharne pas trop. J'ai l'impression que quand il hésite, ça va mal se passer, même si c'est que de l'appréhension » (E6)

D'après plusieurs médecins, **certains patients anticipaient la réapparition des symptômes et craignaient de perdre un certain confort apporté par le traitement.**

Certains patients préféreraient ainsi une prolongation du traitement :

« Il appréhende ben... de [...] ben à nouveau pas aller bien, d'être à nouveau soit anxieux, soit déprimé. Même si des fois, il pourrait l'arrêter, je pense, mais il appréhende » (E6)

« ils se sentent mieux sous traitement et veulent absolument le poursuivre même si c'est un premier épisode, même si, heu, on est peut être hors recommandations [...] des fois on maintient des... des traitements ne sont pas arrêtés parce que le patient a peur de revivre la situation [...] le patient a peur de rechuter [...] Alors que je ne suis pas sûr qu'il ait des arguments qui me permettent de penser qu'il va forcément rechuter » (E5)

« j'ai bien envie d'arrêter de ce que j'aperçois, de ce que j'analyse, mais le patient est réticent à arrêter parce que comme il est bien, il se dit que, voilà, c'est le

médicament qui, qui, qui fait qu'il est bien. Il a des doutes [...] Le patient peut être demandeur de poursuivre... de poursuivre le traitement » (E9)

« - I : Vous m'avez dit que ces traitements trainaient un peu sur les ordonnances, selon vous, pour quelles raisons ?

- M2 : Et bien, je suppose que les patients ne veulent pas arrêter, tout simplement.

- I : Ils ne veulent pas ?

- M2 : Ils se sentent bien comme ça, voilà » (E2)

« il y a des patients prêts à arrêter. Mais c'est pas la majorité, ce n'est pas la majorité. Non. Il ne me semble pas [...] Oui voilà, même pour des dépressions réactionnelles c'est pas si simple [...] je pense qu'ils sentent un confort, et qu'ils le continuent. Eeeeet, on voit souvent des gens qui le prennent de façon définitive. Alors que ce n'était pas mon schéma au départ, moi j'étais parti sur 6 mois au départ, et puis réévaluer, et puis bon » (E4)

« il entre dans ce leurre qui est un monde où tout est beau, dans cet état de bien être et donc ne voudra pas l'arrêter. Certains réagissent de cette façon je trouve [...] je ne dirai pas qu'ils sont dépendants de leur traitement, ils se retrouvent dépendant du bien être que ça leur procure » (E13)

Un échec de sevrage ou des rechutes antérieures entretiendraient les craintes du patient :

« des gens [...] qui me disent euh, « au moins ne m'arrêtez pas ce traitement parce que, euh, on a déjà essayé, on me l'a arrêté, j'ai pas été bien, euh » (E12)

La sévérité d'un épisode dépressif pouvait expliquer les craintes du patient :

« Cette personne là, elle n'avait pas de, euh, de structure psychotique derrière, elle a fait une très très grosse dépression, avec un geste pas négligeable, donc normal qu'il y ait cette crainte » (E12)

D'après certains médecins, **un terrain anxieux** augmentait les réticences du patient :

« Quand il y a un terrain anxieux, ces patients, et bien, ils ont besoin de quelque chose, ils ne sont jamais sûrs d'eux, et là, c'est difficile de se lancer dans un arrêt du traitement » (E4)

« Souvent des anxieux, à la base, qui un jour font une dépression réactionnelle, ceux là, sont difficile à sevrer, ouais. [...] Ils craignent encore plus la rechute, ils sont beaucoup dans l'anticipation. Je ne parle pas des gros troubles anxieux, mais de personnes, qui ont toujours été un peu anxieux, sans répercussion notable, et qui un jour basculent dans la dépression, oui, là c'est difficile » (E5)

Selon certains médecins, **certains patients avaient l'habitude de leur traitement**, notamment lorsque celui-ci était consommé depuis plusieurs années :

« on discute, mais bon finalement, voilà, pour eux, c'est acté, ils doivent le prendre » (E6)

« des patients qui prennent des traitements depuis des dizaines d'années, c'est un peu ce qu'on voit aussi avec les hypnotiques, euh, c'est hyper compliqué de leur faire arrêter » (E1)

« les personnes qui prennent des antidépresseurs depuis de nombreuses années, oui, pour eux c'est difficile, il y en a quelques uns qui sont très attachés à leur médicament » (E7)

Les patients seraient parfois **réticents à une réévaluation** :

« ils [...] ne me parlent pas trop de leur ancien problème » (E6)

« il veut pas rentrer dans des questions, qui heu, qui l'inquiète, il veut juste un remontant » (E5)

Quelques médecins ont déclaré que **les craintes des patients pouvaient réapparaître en cours de sevrage** :

« quand on est sur des doses qui ne deviennent plus efficaces, heu sur la dépression pure... alors peut être sur l'anxiété, finalement... [...] ça coince, alors

que ça pourrait être simple, alors c'est sur cette appréhension que ça coince » (E6)

« ils ont de nouveau des craintes, des doutes, ils deviennent irritables, ils se rendent compte à quel point le traitement a pu les aider, ils ont peur de vivre sans » (E11)

« il y en a d'autres, coincés, entre deux eaux [...] qui ont une crainte qui arrive au milieu du sevrage, ils sont de nouveau effrayés de tout » (E13)

« des gens qui étaient en plus anxieux, qui dès qu'ils commencent à arrêter leur traitement antidépresseur, qui ont aussi une action anxiolytique, vont être à nouveau travaillés par des craintes, des angoisses » (E12)

Selon plusieurs médecins, **certains patients préféraient rester sous une « petite dose » d'antidépresseurs, qui les « rassurait » :**

« il y en a qui restent à de petites doses, mais euh, alors là, je sais pas, ça satisfait le patient [...] je pense à un patient, il est toujours à petite dose depuis longtemps [...] parfois je lui dis que ce n'est sans doute plus le médicament qui fait qu'il va bien, mais il refuse de l'arrêter » (E10)

« on s'aperçoit du coup qu'il y a des gens [...] qui sont au long cours sous des petites doses, on en voit de temps en temps [...] je suis beaucoup moins sévère sur ça. Ça les rassure aussi » (E12)

« ils restent avec cette petite dose, est-ce que c'est un effet placebo [...] J'en ai des gens qui prennent depuis longtemps des petits Seroplex 5 depuis longtemps... quand ils prennent un demi comprimé tous les 2 jours, ils n'y arrivent plus, ils le gardent, leur demi » (E6)

« Il y en a qui se sentent bien avec une petite dose, une dose sous-dosée » (E4)

Certains médecins **stimulaient et encourageaient** le patient : *« il faut l'encourager, et le motiver, lui faire comprendre qu'il est en bonne voie » (E11)*. Ils menaient **un travail de négociation, qui était jugé parfois difficile :**

« Alors après, c'est tout une histoire de discussion, moi je leur dis, surtout à des personnes beaucoup plus jeunes, vous n'allez pas passer toute votre vie sous antidépresseurs, voilà... mais des fois ce n'est pas évident » (E9)

« il faut leur expliquer qu'on va y aller tout doucement et qu'on est là au moindre problème. Mais voilà, qu'on ne va pas continuer ce traitement indéfiniment » (E3)

« Et alors, on fait une négociation. On n'arrive pas à les arrêter, donc on essaie de trouver la plus petite dose ce qui permet de, de satisfaire (rires) le médecin dans son envie d'arrêter le traitement et puis le patient dans son envie de le garder quoi. C'est une négociation presque, mais c'est difficile » (E5)

On notait **une certaine impuissance, une résignation** chez certains médecins :

« au bout d'un moment, bah, on se dit, ben ils sont bien comme ça, je, je, je ne peux plus changer » (E6)

« bon et bien là, que puis-je faire... parfois je lui dis que ce n'est sans doute plus le médicament qui fait qu'il va bien, mais il refuse de l'arrêter » (E10)

Certains médecins ont évoqué **l'utilité des psychothérapies** dans la gestion des appréhensions du patient :

« Le patient qui est réticent, chez qui je pense pouvoir arrêter le traitement, là le psychologue peut l'aider, à lui montrer, que, euh, euh, à diminuer ses doutes » (E9)

« ça (les psychothérapies, ndlr) permet de gérer les problèmes anxieux qu'ils (les patients, ndlr) peuvent avoir » (E6)

« j'ai remarqué que les gens qui avaient suivi une psychothérapie pouvaient s'aider davantage des techniques de, euh, ceux qui ont fait des TCC, relaxation, ont plus de facilité que d'autres à arrêter le traitement » (E12)

3.2.2.2 Les craintes et incertitudes du médecin

3.2.2.2.1 Craintes du médecin à l'arrêt du traitement

3.2.2.2.1.1 Crainte de la réapparition des symptômes

La majorité des médecins craignaient la réapparition des symptômes :

« Alors les craintes en général, ce sont les craintes de rechute, bien évidemment, voilà » (E11)

« j'ai peur qu'il soit à nouveau moins bien » (E13)

« une crainte, qu'il y ait une rechute, et des angoisses, qu'il faille revoir le patient et qu'il n'aille pas bien » (E6)

« la peur d'une reprise plus importante des symptômes, voilà, une aggravation » (E7)

Pour quelques médecins, il s'agissait plus d'un risque à prendre en compte et non pas d'une crainte à proprement parler :

« Personnellement non, euh non... Après, bon ben la rechute, c'est le risque, mais la rechute n'est pas forcément immédiate donc, euh, ça peut être un an après, ou 2 ans après... » (E2)

« Moi je ne crains pas la rechute [...] Si moi je crains la rechute, c'est sur des critères qui me font penser qu'il peut rechuter, et donc non je n'arrête pas le traitement » (E5)

3.2.2.2.1.2 Crainte du syndrome de sevrage

D'autres médecins ont évoqué une crainte de syndrome de sevrage :

« Les syndromes de sevrage, ça se produit, je l'ai vu, surtout sur des arrêts euh, intempestifs, ou faits trop tôt ou de manière trop brutale ; des troubles anxieux, des vertiges, euh des tremblements... » (E12)

« des craintes de, de, de, de, de mauvaise tolérance du sevrage, un peu, euh, style nervosité, maux de tête je crois que ça peut entraîner des trucs comme ça. » (E8)

3.2.2.2.2 Incertitudes et difficultés décisionnelles des médecins

Certains médecins ont déclaré avoir des incertitudes et des difficultés lors de la décision à l'arrêt du traitement. Quelques médecins ont déclaré d'emblée qu'il y avait des incertitudes, d'autres ont déclaré avoir des hésitations dans certaines situations précises.

3.2.2.2.2.1 Incertitudes décisionnelles générales

Plusieurs médecins ont déclaré, **étant donné le risque de réapparition des symptômes, que la décision était incertaine.**

« il y a toujours des hésitations, on n'a jamais de certitudes, si ça va redéclencher une dépression » (E8)

« il y a toujours un risque, donc on ne peut jamais être sûr » (E6)

Quelques médecins ont déclaré que **l'évaluation de la dépression ou de sa rémission pouvait être difficile :**

« Il y a beaucoup d'informations à aller chercher, il faut discuter longtemps, voir s'il est prêt. C'est pas toujours évident [...] c'est pas noir ou blanc... c'est quand même très lié à l'interprétation » (E1)

« Est-ce qu'il est prêt ? Est-ce que c'est suffisamment... solide ? Et puis, on juge un état dépressif sous l'effet d'un médicament, pas sans » (E13)

Pour quelques médecins, **il était difficile de définir le « bon moment »** pour arrêter le traitement, même si la durée minimale de traitement était respectée :

« c'est ça qui est difficile justement. Est-ce que c'est vraiment le moment. Comment savoir, que c'est le bon moment ? » (E4)

« j'ai en tête ces 6 mois de prise, à partir du moment où on a stabilisé la situation, où il était mieux, donc euh... mais euh voilà. On sait jamais si c'est pas un peu tôt » (E13)

« Je me demande parfois si c'est pas trop tôt » (E7)

La représentation d'un patient « bien » sous traitement freinait la décision du médecin :

« parce [...] que la personne est mieux ou comme ça, et bien des fois, ooon, on se demande s'il faut les arrêter » (E13)

« les gens sont quand même confortables avec ce genre de traitement, ils ont l'air plutôt bien. C'est pas simple » (E4)

Ainsi que celle d'une vulnérabilité persistante :

« Il reste vulnérable quand même [...] c'est peut-être moi le frein finalement [...] selon moi ils ne sont jamais indemnes après une dépression » (E7)

Le médecin pouvait garder en mémoire **le souvenir d'un patient déprimé** ce qui pouvait le gêner :

« C'est difficile quand on a vu le patient pas bien euh... » (E13)

« Il y en a chez qui ça a été d'une réelle aide, une réelle bouée de sauvetage, ils n'étaient vraiment pas bien, donc oui, on hésite » (E7)

3.2.2.2.2 En l'absence de psychothérapie associée

Quelques médecins ont déclaré que **l'absence de psychothérapie associée pouvait les freiner dans leur décision**. Il leur semblait que cela augmentait le risque de réapparition des symptômes l'absence de psychothérapie, et doutaient d'une rémission atteinte par une monothérapie par antidépresseurs.

« Et bien, euh, voilà, si le patient n'a pas vu de psy, ou n'a pas trouvé le bon interlocuteur, et bien je me dis que 4 à 6 mois après, ça va repartir quoi » (E1)

« - [...] s'il y a un appui psychologique, on sera plus enclin à le faire.

- I : Sans psychothérapie, c'est plus difficile ?

- M6 : A mon avis, euh... s'ils n'ont pas fait de travail avec un psychologue, euh, c'est moins stable, c'est plus à risque, euh... enfin je pense. C'est plutôt rassurant quand il y a une psychothérapie » (E6)

« Ça (l'antidépresseur, ndlr) peut être un support supplémentaire mais, heu, une béquille... Je peux enlever la béquille, mais heu, il faut une rééducation derrière, et c'est ça qui marche. » (E7)

3.2.2.2.3 En cas de rechute ou récurrence

Les hésitations étaient plus nombreuses à partir du deuxième épisode dépressif. La crainte de la réapparition des symptômes semblait majorée, et la décision était donc plus difficile.

« quand c'est dans le cadre de personnes qui ont déjà rechuté, alors là, euh... on sait plus trop quand est-ce qu'il faut les arrêter » (E13)

« ces patients qui ont rechuté, dois-je leur arrêter ? Parce que, au bout d'un moment, les patients, même ceux qui ont rechuté, ils en ont marre aussi de ce traitement, donc quand ils vont bien, on se dit qu'on peut l'arrêter, mais faut-il le faire ? Alors, on tente, un peu à l'aveugle, et puis on verra bien. » (E12)

« des fois si je sais si avant cet épisode là, il y a eu un, deux, trois épisodes, je me dis, mince faut-il l'arrêter [...] forcément, là c'est plus difficile, oui, là, c'est vrai que quand ça arrive, et bien, euh voilà. Il faut faire plus attention » (E10)

Une rechute traduisait une « **fragilité** » du patient :

« c'est plus difficile, enfin, on hésitera plus à l'arrêt si c'est une récurrence. Parce que le risque est plus important, parce qu'on se dit que le patient est fragile » (E9)

Les médecins **ne savaient plus quelle était la durée de traitement à respecter** :

« en cas de rechute, quand arrêter le traitement ? Au bout de combien de temps ? Ça c'est vrai, je ne sais pas trop » (E8)

« combien de temps euh... je ne saurais dire exactement, 1 an, deux ans... C'est du feeling » (E9)

3.2.2.2.4 En cas de comorbidités

Quelques médecins ont évoqué la situation de patients ayant plusieurs comorbidités et prenant des antidépresseurs. La possibilité d'une réapparition des symptômes dans cette situation freinait le médecin à l'arrêt.

« chez des personnes qui ont d'autres comorbidités, des pathologies euh chroniques, euh, des trucs évolutifs, il ne faudrait pas que, euh... je ne sais pas... Il ne faudrait pas qu'ils rechutent » (E8)

« Après certains d'entre eux ont d'autres pathologies, d'autres traitements, donc bon... je n'ai peut-être pas euh.... C'est vrai que là c'est peut être difficile de se lancer » (E10)

3.2.2.2.5 En cas de traitements prolongés

Même si selon les médecins, le patient avait une part de responsabilité dans la prolongation des traitements, certains médecins ont déclaré que **la décision était considérée comme difficile lors de traitements présents depuis de nombreuses années. Le bénéfice apporté par de tels traitements était difficile à déterminer**, parfois en raison d'un **manque de connaissance du patient**. On notait une certaine **perte d'initiative**, l'arrêt était moins fréquemment proposé :

« il y a des patients qui le prennent aussi sans que ce soit moi qui l'ai instauré, euh, depuis beaucoup plus longtemps, et euh, chez qui je sais par contre que euh l'arrêt sera pas si facile en tout cas je le propose pas [...] comme ce n'est pas moi qui l'ai mis en place, je n'ai pas vu le patient euh, au début de la mise en place, donc je ne connais pas trop son état sans traitement on va dire » (E8)

« des patients qui prennent des traitements depuis des dizaines d'années [...] je ne propose pas de les arrêter chaque matin. Disons que, euh, ces patients, est-ce qu'il faut arrêter ou non, et bien ça, je suis incapable d'y répondre. Si finalement cette personne est bien ainsi, est-ce qu'il ne faut pas lui laisser aussi... Honnêtement, je ne sais pas. Est-ce qu'il y a une efficacité biochimique, ou est-ce que c'est un effet placebo qui fait qu'elle se sente bien, c'est toute la complexité dans cette situation » (E1)

« les patients qui en prennent depuis longtemps. Alors, ben pff, ceux là [...] je ne me lance pas trop, disons pas si souvent que ça à l'arrêter en tout cas [...] S'il y a la demande du patient, je le motive à le faire, mais généralement ces patients là, c'est rare [...] ont-ils toujours besoin de ce traitement, est-ce qu'on peut l'arrêter, c'est très difficile à dire [...] C'est difficile, quand on n'a pas initié le traitement. »
(E6)

Dans cette situation, M6 a déclaré avoir recours à un **avis psychiatrique** pour une réévaluation du traitement :

« Alors, du coup, j'essaie d'avoir un appui avec un psychiatre, pour avoir un avis sur le traitement » (E6)

Quelques médecins se sont posé la question du **risque iatrogène** éventuel de tels traitements :

« Et bien pour l'antidépresseur, je ne sais toujours pas, qu'est-ce que ça fait au long cours, comme effet... Enfin c'est un psychotrope quand même ça doit pas être dénué d'effets au long cours. Je me pose des questions » (E13)

« Est-ce qu'il n'y a pas d'effets délétères lors d'un traitement au long cours ? [...] Enfin je me pose des questions, par rapport à ça » (E4)

« Ca reste quand même une molécule avec des effets secondaires hein » (E12)

3.2.2.2.6 Remise en cause de la décision

Qu'ils aient ou non déclarés avoir des difficultés ou des incertitudes lors de la décision à l'arrêt du traitement, plusieurs médecins ont déclaré qu'il pouvait y avoir des « échecs » (E9) en cours de sevrage, nécessitant le retour à une posologie supérieure. Rétrospectivement, certains médecins **remettaient en cause la décision**, et **se demandaient parfois si l'arrêt n'avait pas été réalisé trop tôt** :

« Alors parfois effectivement, il y a des patients qui ont bien suivi ce que j'ai dit, il y en a d'autres, euh chez qui je m'aperçois, quand je réévalue, qu'ils sont revenus en arrière, c'était trop tôt » (E11)

« les symptômes reviennent pendant le sevrage ou juste quelque temps après. Alors qu'au départ, on se dit, bon ben, ça va bien se passer [...] si je l'ai diminué, c'est que je le sentais bien sur le plan psychique, donc je refais l'interrogatoire de départ » (E12)

« bon c'est arrivé, que au bout de 15 jours 3 semaines, le patient me dise « ouais je l'avais diminué, mais je suis remonté parce que ça n'allait pas » c'était peut-être un peu tôt » (E2)

« les patients chez qui je propose une diminution du traitement, et qui ne se sentent pas bien lors d'une diminution de dose, et bien peut-être ne fallait-il pas lui arrêter finalement. Mais c'est parfois difficile à prédire » (E1)

« Il y a des, entre guillemets, des échecs ; c'est-à-dire qu'on a diminué et que, euh à la fois à la consultation d'après, euh... je dirai voilà, « docteur ça va pas » [...] est-ce que le sevrage a échoué ou est-ce que le patient n'était pas prêt finalement » (E9)

3.2.2.3 Les aides et améliorations évoquées

3.2.2.3.1 Demande de formation ou de référentiels

Certains médecins ont mentionné l'utilité d'éventuelles formations ou d'une réflexion sur l'arrêt des antidépresseurs, voire de guides :

« - I : Ca vous aiderait ? Des outils, des référentiels ?

- M4 : Oui, pourquoi pas, comment savoir qu'on peut enfin arrêter. Et puis quel suivi ? Pas facile de répondre à ces questions je pense, il y a pleins de cas différents. Ah, moi je suis demandeur de formation sur le sujet, ou surtout d'une réflexion » (E4)

« Un référentiel ça peut être utile, pour avoir un succès dans l'arrêt je me dis qu'il faudrait, bon après je sais il y a le DSM 4, mais bon. Je codifie plus le départ d'un traitement, les indications. Mais après euh, je n'ai pas de visibilité sur la suite, la durée de traitement, l'arrêt de traitement, que ce soit moins une nébuleuse » (E13)

« Ben euh oui, savoir exactement quand on peut arrêter le traitement [...] en fonction du nombre de récurrence eu auparavant. Un guide alors plutôt général, qui détaille heu, le moment, quand on peut arrêter le traitement. Oui pourquoi pas. Et après arrêter, comment, ben heu moi je veux bien suivre un guide oui. » (E8)

« ce que j'aimerais bien, c'est peut être davantage de précisions sur la gestion des rechutes, des récidivistes, euh... voilà, comment se dire qu'on peut arrêter le traitement dans ces cas là, euh, combien de temps garder le traitement. Ça, ça pourrait être intéressant » (E12)

Un médecin pensait qu'une formation pouvait être utile, mais émettait **des limites** à celle-ci :

« Une formation ça pourrait être intéressant. La seule réticence que j'ai par rapport à ça, c'est que contrairement à tout ce qui est vraiment somatique, ou les choses peuvent être blanc ou noir, là c'est quelque chose qui est quand même beaucoup lié à l'interprétation [...] Et du coup je me dis que, ce n'est pas ma priorité, par rapport à des problèmes plus somatiques, où on aura des réponses plus précises. Comme on ne peut pas toutes les faire... » (E1)

3.2.2.3.2 Faciliter l'accès aux psychothérapies

Plusieurs médecins ont évoqué au cours des entretiens, l'utilité d'une psychothérapie pour arrêter un antidépresseur, que ce soit en tant que support décisionnel, ou en tant qu'aide dans la prise en charge des patients réticents, hésitants et anxieux. Cependant plusieurs d'entre eux ont déclaré qu'il y avait des freins à leur utilisation, et une des aides ou améliorations évoquées était celle de faciliter l'accès aux psychothérapies :

« Après ce qui nous manque c'est que la sécurité sociale, un jour, prenne en charge un certain nombre de consultations de psychologue » (E5)

« Il nous faudrait des psychologues qui soient remboursés [...] Pour le moment, c'est pas remboursé, et euh... ou alors, il y a le CMP, mais dans notre secteur, euh, ils sont overbookés, ils sont débordés » (E6)

« Mais tout le monde n’y a pas accès, à, à, enfin... et certains refusent à faire des psychothérapies » (E12)

« c’est cher, et c’est pas remboursé. Donc on fait parfois sans » (E1)

3.2.2.3.3 Absence de proposition

Plusieurs médecins n’ont pas identifié d’aides, d’amélioration possible dans cette situation.

« Quelque chose qui m’aiderait ? Euh.... Connaitre l’avenir, oui ça m’aiderait (rires) [...] Après, je ne vois pas d’outil qui pourrait m’aider, quoi hein, c’est vraiment individuel » (E3)

« non je ne vois pas. Il faut accompagner le patient, l’écouter. Je ne vois pas ce qu’on peut faire d’autre » (E11)

« - I : [...] que peut-on améliorer ?

- M7 : Ouf, ben là, heu non je sais pas » (E7)

3.2.3 Les modalités de sevrage

3.2.3.1 Un sevrage progressif

Tous les médecins ont déclaré effectuer un arrêt progressif : Le terme de « **paliers** » apparaissait fréquemment lors des entretiens : *« en diminuant par paliers, classiques hein » (E3).*

Selon les médecins, cet arrêt progressif avait pour but :

- **d’éviter les syndromes de sevrage** : *« on se dit toujours on va l’arrêter doucement, parce que sinon, voilà, il va se taper un syndrome de sevrage » (E7) ;*
- **de minimiser les risques de rechutes et de récives** : *« faire une diminution très progressive, qui minimise beaucoup les risques de récive » (E3)*
- **de permettre l’adhésion du patient** : *« l’arrêter tout doucement ça peut les rassurer » (E9)*

Les médecins ont évoqué deux types de stratégies. Il pouvait s’agir d’une **diminution de posologie** : *« je fais par doses régressives » (E4)* ; et/ou d’un **espacement des prises**

médicamenteuses : « Je leur propose de prendre le traitement un jour sur deux, euh disons, euh, 2 jours sur 3 » (E1).

Le choix dépendait de **leurs habitudes personnelles** « j'aime bien le un jour sur deux » (E9) ; et de **la présentation du médicament** : « Je pense au SEROPLEX® qu'on peut diminuer de 20 à 15 à 10 à 5, celui là est plus facile à manier. Après si les posologies ne le permettent pas, parce que couper en dix un comprimé c'est pas facile, j'espace les jours » (E2)

Certains médecins associaient parfois ces deux stratégies: « je baisse le dosage de moitié par exemple, pendant 2-3 semaines, puis après je leur dis pendant 2 semaines, 2 fois dans la semaine, vous n'en prenez pas, puis après j'espace de plus en plus » (E8)

Le rythme de diminution était variable d'un médecin à l'autre. Il pouvait s'agir d'un arrêt « semaine par semaine » (E7), de paliers de « 15 jours » (E5), comme de paliers d' « un mois » (E3). Certains disaient l'arrêter en un mois (E10), d'autres préféraient « prendre le temps » et le faire en « 3-4 mois » (E9).

« je vais faire un arrêt semaine par semaine, je vais par exemple diminuer la posologie, passer de l'effexor 75 à 37.5, pendant une à deux semaines, et ensuite passé ce cap là, on va commencer à passer le comprimé un jour sur 2. On va faire ça pendant une semaine. Et alors là je propose, donc, heu, on arrive à un mois, là, heu, soit d'interrompre le médicament complètement, soit faire un jour sur 3 pendant une semaine » (E7)

« un jour entier, un jour un demi, un jour entier, un jour un demi pendant une, deux semaines, euh... et puis si ça se passe bien je dis de faire un demi-un demi, puis un demi un jour sur deux » (E12)

Certains médecins ont déclaré que le rythme de décroissance pouvait dépendre de plusieurs facteurs :

- **De la durée du traitement** : « ça dépend de combien de temps a duré le traitement » (E9)
- **De la volonté du patient** : « ça dépend à qui je m'adresse aussi, puis on voit en face de nous si la personne est pressée ou pas » (E2)

- **Des peurs et appréhensions des patients :** « y en a chez qui je vais l'arrêter encore plus doucement, chez les personnes justement chez qui il y a une petite appréhension [...] j'ai l'impression qu'ils adhèrent plus » (E6)
- **Des antécédents de syndrome de sevrage :** « Je vais faire l'arrêt plus ou moins progressif, selon qu'ils ont eu des antécédents de syndrome de sevrage » (E7)
- **Du médicament utilisé :**

« Et puis ça dépend, il y en a que je préfère diminuer plus doucement euh, je pense, euh au Deroxat [...] Oui, euh, la Paroxétine, ça donne pas mal de vertiges, il me semble » (E4)

« certains produits, on sait très bien que si on l'arrête brutalement ils sont pas bien, ils ont des symptômes de sevrage. [...] les demi-vies courtes, enfin voilà. C'est sûr qu'avec le Prozac® on n'a pas trop ce problème » (E12)

3.2.3.2 Autres stratégies complémentaires

Quelques médecins ont évoqué **la poursuite du soutien psychologique** pendant l'arrêt.

« Après, pendant le sevrage, oui je leur dis de continuer un petit peu et après à voir » (E10)

Un médecin a déclaré faire appel à une **médecine parallèle**, ou à la **prescription d'anxiolytiques** chez certains patients, lors de l'arrêt.

« quand il y a un versant un peu anxieux, qui est présent, je les oriente vers les médecines un peu parallèles, hypnose, acupuncture, voilà. [...] s'il me dit que, même si ça va mieux sur le plan dépressif, s'il garde une certaine anxiété, je lui prescris parfois un anxiolytique à la demande » (E1)

3.2.3.3 Le suivi du patient

Dans tous les entretiens, on a retrouvé la notion d'une **surveillance** lors de l'arrêt du traitement.

Plusieurs médecins ont déclaré qu'ils **restaient disponibles** si le patient traversait des difficultés lors du sevrage.

« je leur dis [...] maintenant qu'ils connaissent les symptômes, à la moindre alerte heu, de venir consulter rapidement. » (E10)

« je leur dis que s'il ne sont pas bien pendant la phase de décroissance de manière durable, des symptômes qu'ils ne connaissaient pas, qu'ils voient à nouveau les choses en gris, qu'ils repassent au palier où ils étaient bien, qu'ils reprennent rendez-vous pour en rediscuter, voilà comment je fais » (E12)

M2 ne voulait pas imposer un suivi, il s'agissait de laisser **la liberté au patient sur le choix du suivi**, qui pouvait même s'effectuer à distance :

« Je laisse la liberté au patient, je peux dire, euh oui vous passez me voir s'il y a un problème, mais ça peut se faire aussi sur un coup de fil, pour un avis, euh, si on se revoit ou pas, euh, souvent je laisse la main à la personne [...] Imposer de revoir ça se fait, mais c'est pas forcément suivi, quoi » (E2)

Quelques médecins ont déclaré réaliser une **réévaluation systématique**, sur rendez-vous :

« je le revois ensuite, chaque mois, pour faire le point » (E11)

« et en revoyant le patient à chaque palier » (E3)

« On prévoit quand même de se revoir euh, généralement j'aime bien donner les rendez vous à l'avance. J'aime pas qu'ils le fassent tout seuls. Voilà. En général je prévois les rendez vous bien à l'avance, pour qu'ils se sentent accompagnés » (E9)

3.2.3.4 Une démarche sans protocole

Beaucoup de médecins ont déclaré qu'il **n'y avait pas de démarche précise**. Elle s'effectuait au « *cas par cas* » (E2), sans « *protocole précis* » (E4), « *par hasard* » (E8), ou encore « *à la sauce* » (E6).

Les médecins n'ont identifié **aucun guide référence** :

« je me base sur aucune recommandation, enfin, je crois pas » (E6)

« je ne sais pas du tout si c'est validé ou pas » (E8)

« Alors, euh, complètement, euh (rires), empirique, complètement (rires). Je ne sais pas si c'est la bonne » (E13)

« Je ne sais pas si ça sort de référentiels (rires), des choses recommandées » (E9)

Il s'agissait d'une **démarche personnelle** : *« c'est ma petite cuisine » (E1)*

La grande majorité des médecins a déclaré que leur démarche provenait surtout de **leur expérience** acquise au cours de la pratique, par leurs discussions avec d'éventuels confrères, de souvenirs de formations, ou avec des laboratoires :

« surement que j'avais dû voir ça chez des maîtres de stage chez qui j'étais passé en tant qu'interne » (E1)

« certainement mon expérience pratique de terrain. » (E12)

« dans la façon de s'y prendre, c'est une habitude » (E5)

« Ben je dirais, mon expérience, ce que j'ai pu voir à droite à gauche » (E9)

« Heu, des souvenirs des cours de pharmacologie, je me souviens qu'il ne faut pas les arrêter d'un coup, après je ne me rappelle pas avoir eu des cours qui nous disent exactement comment faire, donc c'est un peu à la sauce » (E6)

« c'est sur l'expérience, et puis je vois un peu ce qui se fait aussi, j'ai des retours des fois aussi des patients qui suivent un psy en plus, c'est sur l'expérience. Je reçois les labo aussi qui viennent me présenter leur médicament, euh, il y a peut être un échange aussi à ce moment là » (E2)

Même si les médecins ont assuré ne pas avoir de schéma type, et ne pas avoir de référence, **aucun d'entre eux n'a déclaré avoir des difficultés particulières pour instaurer un schéma de sevrage**. Ils en étaient globalement satisfaits :

« Je n'ai pas forcément de difficultés dans la démarche » (E4)

« La plupart des personnes arrivent à l'arrêter comme ça » (E6)

3.2.4 Synthèse des résultats

Selon les médecins, la décision reposait dans la majorité des cas sur un accord médecin-patient :

D'un côté l'arrêt était dépendant du patient. Ses besoins, son ressenti, ses demandes étaient pris en compte par les médecins. Celui-ci devait se sentir « prêt » à arrêter le traitement. Certains médecins ont déclaré qu'il était le décideur principal, celui qui guidait la décision, il fallait lui faire confiance, et il pouvait être à l'initiative de la démarche.

De son côté, le médecin évaluait le patient par la recherche de symptômes dépressifs et se reposait aussi sur son ressenti, son expérience, sa connaissance du patient et de son environnement. Il s'assurait du respect d'une durée minimale de traitement, et accordait une importance à l'évolution de la cause de l'épisode dépressif en cas de dépression dite « réactionnelle ».

Deux sources de difficultés ont pu être mises en évidence : celles liées aux réticences du patient, et celles liées aux hésitations du médecin.

D'un côté, les peurs et réticences du patient représentaient un des freins à l'arrêt du traitement : certains patients anticiperaient la réapparition des symptômes, et craindraient de perdre un certain confort apporté par le médicament, ce qui pouvait parfois entraîner des traitements prolongés. Certains médecins mettaient ces appréhensions en relation avec une personnalité anxieuse que pouvaient avoir certains de leurs patients. Leurs craintes réapparaîtraient parfois en plein milieu de sevrage, expliquant certains échecs, et il arriverait que des patients refusent parfois de descendre au-delà d'une certaine dose, qu'ils préfèrent garder pour être « rassurés ». La gestion de ces patients réticents à l'arrêt pouvait être source de difficultés. L'aide psychothérapeutique a été évoquée pour aider les patients dans cette situation.

De l'autre côté, certains médecins ont déclaré avoir des hésitations et des difficultés lors de la décision à l'arrêt du traitement, en lien avec le risque de rechute et récurrence, et une certaine complexité de l'évaluation de la pathologie dépressive.

Les incertitudes augmentaient dans certaines situations :

- En l'absence de prise en charge psychothérapeutique associée,
- En cas de rechute ou de récurrence dépressive,
- Lors de la présence de comorbidités,
- Lors de traitements prolongés.

Des échecs, survenus en cours de sevrage, pouvaient de plus remettre en cause la décision d'arrêt initiale.

L'arrêt du traitement était progressif pour tous les médecins. Mais il n'y avait pas de démarche unifiée. Les médecins ne s'appuyaient pas sur un protocole précis, mais sur leurs expériences personnelles pour instaurer un schéma de sevrage. Cependant, aucun d'entre eux n'a déclaré avoir des difficultés lors de la mise en place d'une stratégie de sevrage.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Précision de l'objectif

L'objectif de l'étude était d'explorer les ressentis, les représentations, et les éventuels freins et difficultés des médecins généralistes concernant l'arrêt des antidépresseurs en médecine générale, dans le cadre de la pathologie dépressive de l'adulte.

Nous avons préféré affiner la recherche en ciblant la problématique chez des patients de 18 à 75 ans. En effet, la majorité des études cliniques et épidémiologiques concernant la prise en charge de l'EDC exclue les patients âgés de plus de 75 ans, car la prévalence des comorbidités psychiatriques et démentielles peut biaiser celles-ci. La prévalence de la démence chez les plus de 75 ans est estimée à 17,8% (27). L'arrêt des antidépresseurs pourrait être ressenti comme difficile à évaluer chez les personnes âgées, du fait de la présence de comorbidités et de troubles cognitifs, et c'est un domaine que nous ne souhaitons pas explorer.

4.1.2 Choix de la méthode qualitative

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons fait le choix d'une enquête qualitative, phénoménologique.

Les enquêtes qualitatives ne cherchent pas à quantifier un phénomène comme cela est le cas dans les analyses statistiques quantitatives, mais à explorer et à comprendre des comportements et des représentations, difficiles à mesurer, en analysant des données le plus souvent verbales, issues d'entretiens (28). Explorer comment les individus interprètent le monde et révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective sont les objectifs d'une enquête dite phénoménologique (29). Cette approche était donc adaptée à notre problématique.

4.1.3 Choix des entretiens individuels

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels. En effet, nous ne voulions pas que les discours soient influencés par la présence d'un groupe, comme cela

peut être le cas dans les méthodes de recueil de données par focus group. L'objectif étant de recueillir des opinions personnelles, la réalisation d'entretiens individuels était le plus judicieux. Cette technique est de plus ajustable puisqu'elle permet d'ajouter des participants tant que la saturation des données n'était pas atteinte.

4.1.4 Choix des entretiens semi-dirigés.

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés, réalisés à partir d'un guide d'entretien élaboré en amont, comportant des questions ouvertes. Il s'agissait surtout d'un « guide » permettant à l'enquêteur-investigateur de s'assurer que les différents thèmes soient abordés, et non pas d'un questionnaire préétabli. Les questions ouvertes imposaient aux médecins interviewés d'évoquer par eux-mêmes, ce qui pouvait être source d'hésitations ou de difficultés à l'arrêt, sans être orientés par l'interviewer. Il était important de laisser le médecin généraliste s'exprimer à propos de son vécu personnel. Ceci permet d'apporter une plus grande valeur dans l'analyse du discours.

Ce guide d'entretien a pu être testé en amont par un entretien. Cet entretien était riche en hésitations et en informations, et nous avons décidé de garder le guide d'entretien tel quel. Il n'a par la suite pas été modifié.

4.1.5 L'échantillonnage

Dans une étude qualitative, l'échantillon n'a pas besoin d'être représentatif de la population cible, mais il doit être diversifié, pour mettre en évidence différents points de vue. Cela permet de recueillir des avis de médecins de caractéristiques différentes, pour rendre compte d'une variabilité des comportements. L'échantillonnage dynamique a permis de s'assurer de recruter des médecins présentant :

- Une différence par le genre (homme ou femme),
- Une différence par la localisation de leur cabinet médical (en milieu rural, semi-rural et urbain),
- Une différence par leur mode d'exercice (exerçant seul ou en groupe)

La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance. En effet, dans ce type d'étude, le nombre de sujets final est atteint lorsque l'on arrive à un phénomène observé de saturation des données, c'est-à-dire quand il n'y a plus de nouvelle idée émergente au

cours des entretiens. On réalise alors quelques entretiens supplémentaires afin de confirmer cette saturation de données.

4.2 Forces de l'étude

Cette thèse étudie une situation qui reflète l'exercice de la médecine générale. A notre connaissance, il n'existait pas d'étude portant sur les représentations et les difficultés des médecins généralistes concernant l'arrêt d'un antidépresseur dans le cadre d'un EDC.

Notre échantillon de médecin est bien diversifié, non seulement par leur sexe, leur lieu et mode d'exercice (seul ou en groupe), mais aussi par leur âge, leur implication dans l'enseignement de la médecine générale, et leur nombre moyen d'actes par jour effectués. La réalisation de l'étude dans deux départements différents (le Tarn et les Pyrénées Atlantiques), a permis également d'obtenir une diversification des points de vue.

La saturation des données a été obtenue et a été vérifiée en réalisant quelques entretiens supplémentaires.

4.3 Faiblesses de l'étude

4.3.1 Liées au type d'étude

Une des limites de ce type d'étude est qu'elle ne permet pas de généraliser ou d'extrapoler les résultats obtenus à d'autres populations. Elle ne permet pas non plus de quantifier les représentations et les comportements. De plus, il est impossible de s'assurer que les médecins font ce qu'ils disent.

4.3.2 Liées à la qualité des entretiens

L'entretien peu directif apporte certes une validité aux paroles recueillies, car elles proviennent d'une réflexion personnelle, mais il est également plus difficile de réalisation. J'ai pu m'apercevoir qu'il était difficile d'éviter d'orienter les réponses tout en essayant d'encourager la production du discours, et l'entretien test a permis également de corriger certaines de mes attitudes. Les défauts ont progressivement disparu entretiens après entretiens, mais il était à prendre en compte que mon attitude et mes interventions ont pu influencer les interviewés.

La plupart des entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins, lors d'un temps qui leur était réservé. Les discours ont donc généralement peu souffert d'interruptions. Deux entretiens ont cependant été interrompus par des appels téléphoniques. Dans ces cas, il est possible que quelques réflexions n'aient pas été conduites jusqu'au bout.

4.3.3 Liées aux modalités de recueil de données

Parfois, les médecins exprimaient certaines idées ou certains ressentis une fois l'enregistreur éteint, et les remarques étaient parfois pertinentes. Des médecins qui ne déclaraient ne pas avoir d'hésitations habituellement pouvaient reconnaître certaines difficultés une fois l'enregistreur éteint. Ce genre de comportement paraissait inévitable. Ainsi, l'enregistrement audio a pu influencer les discours des médecins.

De plus, l'enregistrement audio d'un discours ne permet pas d'analyser des attitudes non verbales. La fin de certaines phrases était parfois éludée, laissée en suspens et certains sous entendus n'ont pas pu être retranscrits. Pour pallier à cela, un enregistrement vidéo aurait pu être réalisé, mais son analyse requiert des compétences particulières en sociologie et psychologie. L'enregistrement audio avec retranscription intégrale nous a donc paru préférable.

4.3.4 Liées à l'analyse : l'absence de triangulation

Une des limites de cette étude est l'absence d'une triangulation lors de l'analyse en raison de difficultés logistiques. En d'autres termes, le codage n'a pas été réalisé de manière indépendante par les chercheurs, avant d'être comparé. J'ai réalisé l'intégralité du codage. Pour réduire le plus possible la subjectivité de ce codage, la pertinence de celui-ci a été fréquemment discutée avec le Dr Leplaideur, mais il est certain que cela apporte une certaine limite à cette étude.

4.4 Discussion des principaux résultats

Il est difficile de comparer nos résultats à des travaux antérieurs, étant donné la pauvreté de la littérature sur la question de l'arrêt des antidépresseurs en pratique.

4.4.1 La démarche décisionnelle

Les demandes de précision concernant la décision d'arrêt du traitement antidépresseur permettaient de faire avancer le dialogue et d'identifier ce qui pouvait être source d'hésitation chez les médecins. Pour plusieurs médecins, il semblait compliqué de donner une démarche décisionnelle précise, expliquant que cela se faisait au « cas par cas » (E4), que ce n'était pas « mathématique » (E6), que c'était un sujet sur lequel on pourrait « s'étendre beaucoup » (E3), que tous les patients étaient « différents » (E7). C'est ceci qui nous semblait intéressant, il fallait amener le médecin à avoir sa propre réflexion.

4.4.1.1 Une approche centrée patient

Notre étude montre l'importance des choix du patient dans la décision d'arrêter un traitement antidépresseur : plusieurs médecins ont rapporté que l'arrêt ne pouvait se faire sans l'accord du patient sur qui la décision finale reposait. Ils prenaient en compte sa demande, son ressenti, ses besoins, ses incertitudes, son environnement, pour déterminer le moment de l'arrêt.

Cela reflète une des caractéristiques de la médecine générale, définies par la Société Européenne de Médecine Générale (WONCA) : « Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires : elle s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un "cas". Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins. » (30).

Pour certains médecins, le patient semblait être le décideur principal, il a pu être qualifié de « guide », celui qui savait quand le traitement pouvait être arrêté ou non. Ceci est compréhensible, étant donné que, comme le signalent certains auteurs, le retentissement de la maladie dépressive sur le fonctionnement social et professionnel, qui est un critère diagnostique obligatoire dans la définition critériologique du DSM V (24), dépend principalement du ressenti subjectif du patient (20). Cependant, ceci suppose que le patient doit avoir une certaine certitude sur son propre état et sa situation actuelle, ou qu'il soit

dénué d'hésitations, ce qui ne semble pas être toujours le cas au vu de l'analyse des entretiens.

Quelques médecins ont aussi déclaré que la discussion de l'arrêt du traitement était initiée ou pouvait être initiée par le patient. Parmi eux, deux médecins ont aussi déclaré que le patient pouvait décider seul de l'arrêt de son traitement. Bien qu'ils aient déclaré prévenir le patient de la nécessité de respecter une certaine durée de traitement, ils laissaient une certaine autonomie au patient dans le choix d'arrêter le traitement. Les raisons en sont toutefois différentes. D'après M2, le rôle du médecin paraissait peu important lors de l'arrêt du traitement, l'arrêt dépendant strictement de la volonté du patient. Pour M13, un patient décidant seul de son arrêt était plutôt un soulagement, étant donné les difficultés et les doutes qu'elle présentait lors de la décision médicale.

Cependant, attendre l'initiative du patient et lui laisser la décision d'arrêter son traitement pourrait ne pas être une stratégie adaptée à tous les patients. En effet, ces mêmes médecins ont déclaré que l'arrêt du traitement pouvait être débuté lorsque le patient en avait « marre », en avait « assez » de son traitement, ce qui pourrait supposer que le patient n'en voit plus l'utilité depuis une certaine durée. Une enquête qualitative anglaise menée en 2007 par Leydon et al, recherchant les représentations des patients concernant l'arrêt de leur antidépresseur, a montré que plusieurs d'entre eux pensaient que la discussion devait être initiée par le médecin et qu'en l'absence de discussion, certains semblaient penser que la poursuite du traitement était recommandée (31). Il se pourrait donc qu'il y ait un lien entre une telle stratégie et la prolongation d'un traitement. Cependant, notre étude ne permet pas de le mettre en évidence.

Certains médecins ont toutefois soulevé les limites que le patient pouvait avoir dans l'évaluation de son propre état et ont insisté sur la nécessité de leur participation à la prise de décision de l'arrêt de l'antidépresseur. Ceci a même été évoqué par certains médecins ayant déclaré que le patient était le guide de la décision. La décision reposait donc sur une collaboration entre médecin et patient.

4.4.1.2 L'avis médical

Au-delà de la prise en compte de l'avis du patient, l'avis médical dépendait de plusieurs déterminants :

- Le respect d'une durée minimale de traitement
- L'évolution de la cause de la dépression
- L'évaluation clinique du patient

4.4.1.2.1 La durée minimale de traitement

Sur la quasi-totalité des entretiens, les médecins ont évoqué la nécessité de respecter une durée minimale de traitement, de 6 mois pour la plupart, et donc l'importance d'éviter les arrêts prématurés. Les médecins de notre échantillon semblent donc être en conformité avec les recommandations de l'ANAES de 2002, qui recommande une durée minimale de traitement de 6 mois après obtention de la rémission (grade A) (18).

4.4.1.2.2 L'évolution de la cause de la dépression

Les médecins accordaient également une importance particulière à l'évolution de la cause, à l'origine d'une dépression dite « réactionnelle ». Une des conditions à l'arrêt était donc la résolution ou l'acceptation de cette cause.

Les événements stressants sont connus depuis de longues années pour être à l'origine de nombreux épisodes dépressifs (32). L'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) indique que chez 40 à 60% des patients un évènement de vie particulier précède l'EDC (33). Selon une étude du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), 50% des dépressifs rattachent leurs symptômes à un épisode malheureux. Parmi ces évènements de vie malheureux, quatre catégories dominent : en premier lieu, le décès d'un proche (27%) ; puis le chômage et les difficultés financières (19%) ; viennent ensuite la maladie, les accidents et les hospitalisations (17%) et en quatrième position le divorce (16%). Les deux tiers de ces évènements sont très récents, survenant dans l'année précédant l'EDC (34).

Au vu de la prévalence des événements stressants précédant les EDC, il est normal que le médecin accorde donc de l'importance à la résolution ou à l'acceptation de cette cause. Ceci reflète une autre caractéristique de l'exercice de la médecine générale définie par la WONCA : « le médecin base sa démarche décisionnelle sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires » (30).

Notons que cette condition à l'arrêt semble aussi se reposer en partie sur le ressenti du patient, comme le suggèrent l'utilisation des termes d'« *acceptation* » par M3 ou de problème « *digéré* » utilisé par M6.

4.4.1.2.3 L'évaluation clinique du patient

La quasi-totalité des médecins ont évoqué rechercher des critères dépressifs : certains les ont évoqués d'une manière globale « on recherche des symptômes », d'autres ont évoqué plus précisément certains critères (qualité du sommeil, appétit, reprise d'activité...). Cependant, il faut noter que ceux-ci ont été souvent évoqués après une demande de précision de ma part. Cette demande de précision s'effectuait surtout lorsque des termes tels que « *bon moment* » (E12), « *je le trouve bien* » (E11), « *que ça soit bien solide* » (E1) étaient utilisés, qui semblaient implicitement liés au ressenti du médecin. L'objectif n'était pas d'établir une liste exhaustive de symptômes dépressifs, mais plutôt de comprendre une démarche décisionnelle qui aurait pu être source d'hésitations.

Le ressenti global du médecin semble être un élément déterminant de l'avis médical. Certains ont même parlé de ce « ressenti » de manière explicite et ont reconnu qu'il n'y avait pas de démarche d'évaluation précise. Pour d'autres, l'usage des verbes « ressentir », « sentir », « voir », « sembler » était fréquent. Les médecins faisaient appel à leur expérience, et à leur connaissance du patient et de son environnement, témoignant de nouveau d'une « approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelles et communautaires », caractéristique de la médecine générale.

Un médecin a mentionné utiliser fréquemment des échelles d'évaluation, tandis qu'un autre médecin les a évoquées pour les qualifier d'inutiles. Les autres médecins ne les ont tout simplement pas évoquées, ce qui ne voulait pas dire qu'elles n'étaient pas utilisées car aucune question n'était posée précisément à ce sujet. Cependant, il est tout à fait possible que ces échelles d'évaluation soient peu utilisées. En effet, ceci a pu être démontré par des travaux antérieurs traitant de l'utilisation d'échelles d'évaluation de la dépression en médecine générale. Par exemple, une enquête qualitative menée dans le cadre d'une thèse de médecine, par Morvan M., concernant l'utilisation de ces échelles d'évaluation a retrouvé que celles-ci étaient méconnues par les médecins généralistes, jugées inutiles, n'apportant

pas de valeur ajoutée par rapport à leur pratique habituelle, et inadaptées aux soins primaires (35).

Ces échelles d'évaluation sont notamment utilisées dans les études épidémiologiques et les études cliniques évaluant l'efficacité des antidépresseurs. Elles découlent des classifications internationales du DSM-V et de la CIM-10 définissant l'EDC. L'EDC et sa rémission y sont définis quantitativement à partir de certains scores obtenus sur ces échelles (25,36). Dans la pratique clinique, elles pourraient avoir une utilité dans le dépistage et le diagnostic de l'EDC, dans l'évaluation de la sévérité de la dépression, et dans l'évaluation de son évolution. Nous n'avons cependant pas retrouvé d'études comparant ces échelles d'évaluation au seul jugement clinique du médecin généraliste et cela pourrait faire l'objet d'une autre étude. En réalité, il n'existe pas de consensus sur les outils les plus pertinents pour évaluer un EDC et sa rémission (20). Selon certains auteurs, les seuils de rémission communément utilisés devraient être remis en question, car ils ne permettraient pas toujours de définir une rémission complète (37,38) et ne seraient pas en adéquation avec le retentissement fonctionnel du patient (39).

Une thèse qualitative de médecine menée en 2009, portant sur les facteurs influençant la prescription d'un antidépresseur en médecine générale, a révélé que la démarche décisionnelle menant à la prescription d'un antidépresseur était complexe : les médecins utilisaient leur propre « échelle » d'évaluation, basée implicitement sur leur expérience personnelle, leur connaissance du patient, et leur intuition personnelle ou « gut feeling » (40). D'après notre étude, cela pourrait en être de même pour décider de l'arrêt du traitement.

Un autre témoin de l'impact de l'expérience du médecin dans son jugement clinique, est la déclaration de M11 : « *je leur dis souvent pas en hiver, pas à l'automne, l'automne, j'estime que c'est une période plus à risque, les jours qui raccourcissent, donc je leur fais souvent faire soit en été soit au printemps* » (E11). Bien que nous connaissions le lien entre lumière et dépression depuis plusieurs années, ce qui a permis de définir le concept de dépression saisonnière (41), il n'est pas fait mention de cette condition à l'arrêt du traitement dans les recommandations actuelles.

4.4.2 Les difficultés à l'arrêt du traitement

4.4.2.1 Les hésitations et réticences du patient

Selon les médecins, un des freins les plus cités à l'arrêt du traitement était le patient lui-même. Il ne s'agissait pas uniquement de refus, mais aussi d'hésitations. Certains patients anticiperaient la réapparition des symptômes, craindraient de perdre un « confort » apporté par le traitement, et préféreraient parfois la prolongation du traitement. On pouvait noter chez quelques médecins que ces hésitations influençaient l'avis du médecin :

« ils hésitent, donc est-ce qu'il faut l'arrêter » (E4)

De plus, les « échecs » de sevrage seraient parfois, selon certains médecins, liés à la réapparition des craintes du patient. Les craintes et hésitations du patient pourraient être considérées comme prédictiveur d'un arrêt difficile, voué à l'échec, comme le suggère la déclaration de M6 :

« Si le patient hésite, souvent, je ne m'acharne pas trop. J'ai l'impression que quand il hésite, ça va mal se passer, même si c'est que de l'appréhension » (E6).

Cette étude ne permet pas de dire si les patients ont effectivement ces craintes et ces réticences à l'arrêt du traitement car il s'agit ici de représentations de médecins généralistes concernant des freins à l'arrêt du traitement, et non de paroles de patients eux mêmes. Cependant, l'enquête qualitative anglaise menée par Leydon et al, a mis en évidence que les patients craignaient effectivement la réapparition des symptômes en plus du syndrome de sevrage, et ce même si certains déclaraient que leur traitement ne paraissait peut être plus justifié. La peur d'arrêter un traitement antidépresseur était plus grande que celle liée à la consommation prolongée d'antidépresseurs. Ces craintes étaient aussi présentes chez les patients en cours de sevrage (31). Toutefois, il serait possible que les médecins anticipent les craintes et appréhensions du patient, ce qui pourrait les freiner dans leur initiative et leur décision d'arrêter le traitement. Une enquête comparant les représentations et attentes des patients consommant des antidépresseurs et celles du médecin prescripteur, concernant l'arrêt, pourrait être intéressante.

Les médecins étaient aussi confrontés à des situations où le patient refusait la diminution au-delà d'une certaine dose, amenant le médecin à prescrire une petite dose

d'antidépresseur au long cours. L'HAS ne fait en aucun cas mention de l'utilisation d'une petite dose : que ce soit dans le cadre d'un traitement préventif de rechute ou de celui de récidives, elle recommande l'utilisation d'une posologie ayant permis la rémission (16). Ici, l'utilisation d'une petite dose permettrait de maintenir un lien médecin-patient et de rassurer le patient, malgré les doutes concernant sa justification, comme l'a déclaré par exemple M5 :

« On n'arrive pas à les arrêter, donc on essaie de trouver la plus petite dose ce qui permet de, de satisfaire (rires) le médecin dans son envie d'arrêter le traitement et puis le patient dans son envie de le garder quoi » (E5)

On ressentait, chez plusieurs médecins, une certaine impuissance vis-à-vis des patients refusant l'arrêt du traitement, qui ne paraissait parfois plus justifié, et la négociation pouvait s'avérer difficile. Agir sur les craintes des patients semble être un élément essentiel pour éviter les traitements prolongés. Certains médecins de notre échantillon ont évoqué l'utilité des psychothérapies en ce sens.

4.4.2.2 Craintes, incertitudes, et difficultés décisionnelles des médecins

Plusieurs médecins généralistes avaient aussi des craintes et des incertitudes à l'arrêt du traitement.

Notons que les situations d'incertitudes sont fréquentes dans l'exercice de la médecine générale, étant donné que le médecin généraliste est exposé à plusieurs contraintes dans son exercice quotidien. Comme le souligne la Société Française de Médecine Générale (SFMG), « le médecin généraliste a des moyens diagnostiques limités, il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne) et il est face à des troubles de santé au stade précoce et indéterminé de leur évolution » (42).

Concernant l'arrêt du traitement antidépresseur dans le cadre d'un EDC, les incertitudes pouvaient être dues à des difficultés d'évaluation de la dépression et de sa rémission et on peut comprendre celles-ci : en effet, comme le soulignent certains auteurs, « la dépression est un trouble complexe et profondément hétérogène tant dans ses causes que dans sa présentation symptomatique. Il n'est donc pas possible de la « mesurer » comme si elle était unidimensionnelle » (43). La rémission complète elle-même peut être

difficile à définir, étant donné la difficulté de distinguer le normal du pathologique, des remaniements de la personnalité au décours de l'épisode dépressif, et des effets secondaires des traitements (44). Tout ceci peut être illustré par les propos de M1 et M9 qui ont utilisé la même expression : « *ce n'est pas noir ou blanc* » (E1).

Les incertitudes étaient également liées à une crainte de la réapparition des symptômes qui a été la crainte la plus évoquée par les médecins généralistes. Etant donné l'incidence des rechutes et des récives, cette crainte paraît justifiée : Pour rappel, 25 à 40% des patients initialement guéris récidivent à 2 ans, et environ 60% à 5 ans (14). Trois médecins ont ainsi déclaré que la décision d'arrêter un traitement antidépresseur était généralement difficile, car ils craignaient de l'arrêter « trop tôt » et de rompre un équilibre thérapeutique : le patient était considéré comme « bien » sous traitement ou comme « fragile » après une dépression. Cette peur de rompre un équilibre thérapeutique a été mise en évidence dans une étude qualitative étudiant la déprescription de manière générale, mais qui ne se centre pas spécifiquement sur les antidépresseurs ou les psychotropes (45).

L'interprétation des « craintes » et des « hésitations » reste toutefois difficile : chaque médecin a probablement sa propre définition de ces termes et il pouvait être parfois compliqué de savoir dans quelle mesure celles-ci pouvaient freiner la décision du médecin. D'une part, une grande majorité de médecins a déclaré craindre une réapparition des symptômes, mais ils n'ont pas tous déclaré avoir d'hésitations dans leur prise de décision, en dehors de certaines situations. Il est vrai que la question « Quelles sont vos craintes à l'arrêt du traitement ? » a pu conduire le médecin à utiliser ce terme. Plutôt que d'une crainte, gênant la décision médicale, on pourrait parler d'une « prise en considération » d'un risque. D'ailleurs, deux des médecins interrogés ont précisé, qu'il s'agissait d'un risque et non d'une crainte. D'autre part, parmi les médecins ayant reconnu la présence d'hésitations, on pouvait aussi noter une certaine volonté de déprescrire malgré les incertitudes. L'exemple de M12 est parlant :

« Alors euh, forcément il y a des hésitations... Enfin... Certes, c'est pas évident parfois, mais il faut tenter d'arrêter, quand même, parce que moi, si on peut arrêter la chimie, je le fais, je tente. » (E12). Le risque de rechute ou récive était donc finalement accepté.

Il est cependant intéressant d'observer que plusieurs médecins, qu'ils aient ou non évoqué avoir des difficultés lors de la décision, ont reconnu être confrontés à des « échecs » en cours de sevrage, menant à un retour à une posologie antérieure. Rétrospectivement, ces médecins en venaient à se demander si l'arrêt n'avait pas été débuté « trop tôt », remettant en question la décision qui avait été prise. À nouveau, cela ne semblait pas gêner tous les médecins. La possibilité d'un retour à une dose supérieure pouvait même être une des raisons à l'absence d'hésitation lors de la décision, comme si le sevrage était considéré comme un test thérapeutique, un des moyens de savoir si le traitement pouvait être arrêté ou non :

« la plupart du temps, euh, il y a une dégression progressive, qui fait que si ça va un petit peu moins bien, et bien on remonte et puis on attend un autre moment. Je ne pense pas qu'il y ait vraiment de frein en fait » (E2)

Les médecins ont identifié certaines situations qui rendaient la démarche décisionnelle plus hésitante et difficile :

- En l'absence de psychothérapie
- En cas de rechute ou de récurrence
- En présence de comorbidités
- En cas de traitements prolongés depuis plusieurs années

Il est à noter également qu'une crainte de syndrome de sevrage a été évoquée par quelques médecins, mais celle-ci ne leur semblait pas être un frein à la décision de la déprescription.

4.4.2.2.1 En l'absence de psychothérapie

Plusieurs médecins ont voulu rappeler que la prise en charge d'un EDC ne dépendait pas uniquement d'un antidépresseur, mais aussi de psychothérapies. Pour certains d'entre eux, l'absence d'une psychothérapie adjuvante au traitement pharmacologique par antidépresseur était même une source d'hésitations à l'arrêt du traitement. Il leur semblait qu'une psychothérapie garantissait une meilleure rémission et que son absence favorisait les rechutes et récurrences.

Cela semble introduire le fait qu'ils ont davantage confiance en l'efficacité d'une psychothérapie qu'en celle d'une prise en charge isolée par le médecin généraliste avec une

monothérapie par antidépresseurs. Il est vrai d'une part, que les psychothérapies occupent une grande place dans le traitement de la dépression (18), et que plusieurs études tendent à montrer que les antidépresseurs ne semblent efficaces que dans les EDC les plus sévères (46–49). D'autre part, que ce soit dans l'obtention de la rémission ou dans la prévention des rechutes et récurrences, les bénéfices des interventions psychothérapeutiques associées à la prise en charge usuelle d'un médecin généraliste (avec ou sans antidépresseurs (conseils prodigués, psychothérapie de soutien)) ont été démontrés en soins primaires (50,51). Une méta-analyse publiée en 2007 par l'American Psychiatric Association (APA), a retrouvé que les patients ayant bénéficié d'une psychothérapie avaient un taux de rechute et de récurrence à 2 ans significativement inférieur (risque réduit de 14%) à ceux ayant été traité par antidépresseurs (52).

Plusieurs médecins ont toutefois déclaré que l'accès aux psychothérapies était parfois compliqué et pourrait être amélioré. Certains freins à l'utilisation d'une psychothérapie en soins primaires ont en effet déjà pu être identifiés par les médecins généralistes. Il s'agit principalement : du non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin, des délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre, et de la réticence des patients à suivre une psychothérapie (5).

4.4.2.2 En cas de rechute ou récurrence

Pour plusieurs médecins, les hésitations survenaient surtout à partir du 2^{ème} épisode dépressif. En effet, certains des médecins ayant déclaré ne pas avoir d'hésitations habituellement, ont identifié cette situation comme étant de décision plus compliquée. On peut comprendre les difficultés et les questionnements des médecins dans ce genre de situation. En effet, plusieurs études ont montré que le risque de récurrence augmente avec le nombre d'épisodes antérieurs, les délais étant plus brefs entre les épisodes qui sont de plus en plus sévères et de plus en plus difficiles à traiter (14).

De plus, les médecins perdaient le seul repère objectif qu'ils possédaient : la durée minimale de traitement. Deux médecins réclamaient des guides plus précis sur cette durée de traitement en fonction du nombre d'épisodes dépressifs.

Il est vrai que les recommandations actuelles n'indiquent pas une durée précise de traitement pour un deuxième épisode : un traitement préventif des récurrences d'une durée

minimale de 18 mois à 2 ans après obtention de la rémission ne semble être indiqué que chez les patients ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs majeurs au cours des 4 dernières années (Accord professionnel) (16). Cela suggère-t-il que la durée de traitement en cas d'un 2^{ème} épisode soit la même qu'au premier épisode ? En cas de traitement de maintien, et donc au-delà du 2^{ème} épisode, les recommandations actuelles précisent seulement que la durée de traitement est d'autant plus prolongée que le nombre d'épisodes antérieurs est important (16). Cela laisse le médecin libre de toute interprétation.

En réalité, l'efficacité d'un traitement de maintien sur la prévention des récives et sa durée optimale font toujours débat, étant donné le peu d'études sur lesquelles se basent ces recommandations. Il reste difficile de savoir qui pourrait réellement bénéficier d'un tel traitement en soins primaires où il n'a pas été étudié (21,22,53).

4.4.2.2.3 En cas de comorbidités

Deux médecins ont évoqué les comorbidités comme source d'incertitudes, de difficultés. Il est vrai que les comorbidités sont connues comme étant un facteur de risque de dépression (10). La crainte d'une réapparition des symptômes dans ce cadre là pourrait donc être compréhensible.

4.4.2.2.4 En cas de traitements prolongés

Les traitements prolongés de plusieurs années présentaient un dilemme pour certains médecins. Il semblait difficile d'évaluer la justification de tels traitements.

Certains médecins reconnaissaient une certaine perte d'initiative à la déprescription. Cela va dans le sens d'une sous évaluation des patients consommant un antidépresseur depuis de nombreuses années. Cette sous évaluation a été mise en évidence au cours d'une étude quantitative menée par Sinclair et al. (54) montrant que le rythme de réévaluation des patients sous antidépresseurs par leurs médecins généralistes diminuait à chaque année supplémentaire de traitement. Comme nous avons pu le voir, selon l'enquête de Leydon et al, certains patients penseraient qu'en l'absence de discussion initiée par le médecin, la poursuite du traitement était recommandée. On aboutit donc à une impasse, une certaine inertie thérapeutique.

Selon la HAS, « quels que soient la durée et le type de traitement de maintien envisagés, il est recommandé de réévaluer au minimum une ou deux fois par an le rapport bénéfice/risque du traitement de maintien par rapport à son arrêt. » (16).

Mais on peut comprendre les difficultés que cela engendre. Comme nous l'avons vu plus tôt, cette balance bénéfices-risques des antidépresseurs prescrits pendant plusieurs années a été peu étudiée, et les données des études à court terme sont difficilement extrapolables sur le long terme (19,21,55). Dans notre étude, plusieurs médecins se sont posé la question des éventuels risques liés à la prolongation de tels traitements.

D'autre part, selon la HAS, ces bénéfices doivent être évalués en tenant compte du fonctionnement antérieur du patient (16), ce qui était compliqué pour les médecins n'ayant pas initié le traitement. Cette difficulté a notamment été identifiée par les jeunes médecins qui récupéraient une patientèle consommant des antidépresseurs. Ceci montre à nouveau l'importance de la connaissance du patient et de son environnement dans la prise de décision.

4.4.3 Modalités de sevrage

L'objectif des questions portant sur la démarche utilisée pour le sevrage n'avait pas pour but de faire une analyse de pratiques. Pour cela, une analyse quantitative prospective aurait dû être utilisée. L'objectif ici, était surtout d'observer si d'éventuelles difficultés dans la mise en place d'une stratégie de sevrage n'étaient pas un frein à l'arrêt.

Même si tous les médecins déclaraient effectuer des arrêts progressifs, conformément aux recommandations de la HAS, l'analyse des entretiens a permis de montrer qu'il n'y avait pas de démarche unifiée. Il pouvait s'agir d'espacement de doses, et/ou de diminution de la posologie. Le rythme de diminution variait selon les médecins. Les médecins se basaient sur leur expérience personnelle, pour instaurer un schéma de sevrage, car ils n'avaient pas de référence particulière, et ne savaient pas s'il en existait.

Il est vrai que la HAS déclare que « la période de diminution des posologies sera d'autant plus prolongée que la durée du traitement aura été longue » (16). Certains experts regrettent l'absence de schéma consensuel de réduction des posologies en fonction de la

demi-vie des molécules et que par conséquent, la rapidité du sevrage soit laissée à l'appréciation du médecin (13,26).

Bien qu'une minorité de médecins ait déclaré bien vouloir suivre un guide référence, instaurer un schéma de sevrage n'a pas semblé être une source de difficultés. Plusieurs médecins ont même déclaré que leur démarche les satisfaisait. En d'autres termes, l'absence de schéma de sevrage précis n'était pas un frein à l'arrêt du traitement.

4.4.4 Perspectives de recherche

Notre étude était qualitative et exploratoire, et laisse la porte ouverte à d'autres études sur le sujet.

- 1) Cette étude montre l'importance des choix et des préférences du patient dans la décision d'arrêt du traitement. Nous n'avons pu trouver qu'une seule étude qualitative, anglaise, concernant les représentations des patients concernant l'arrêt de leur antidépresseur et il pourrait être utile d'en réaliser d'autres. Une comparaison des attentes respectives des patients consommant des antidépresseurs pour un EDC, et des médecins prescripteurs, pourrait être tout aussi intéressante.
- 2) Les échelles d'évaluation ont été peu évoquées par les médecins de notre étude, et leur sous utilisation a pu être notée dans plusieurs études. Pourtant certains auteurs affirment qu'elles pourraient apporter une aide dans le diagnostic de l'EDC, et dans son suivi. Toutefois, à notre connaissance, il n'y a pas d'étude les comparant au seul jugement clinique du médecin. Il pourrait être utile de réaliser une étude comparant le diagnostic du médecin à des échelles administrées aux patients.

5 CONCLUSION

Des études quantitatives ayant montré une augmentation de la durée de consommation des antidépresseurs, ont fait émerger l'hypothèse de la présence de difficultés des médecins généralistes à l'arrêt des antidépresseurs.

Nous avons voulu, par une enquête qualitative, explorer les représentations et les éventuelles difficultés des médecins généralistes à l'arrêt d'un traitement antidépresseur en fin d'Episode Dépressif Caractérisé d'un adulte de 18-75 ans.

La démarche décisionnelle témoigne d'une collaboration médecin-patient, et d'une approche centrée sur le patient, caractéristiques de la médecine générale. Il a souvent été difficile d'identifier une stratégie décisionnelle précise à l'arrêt du traitement, car celle-ci se faisait au « cas par cas » et semblait en partie dépendre des ressentis et des expériences respectifs du patient et du médecin. Les médecins s'assuraient du respect d'une durée minimale de traitement, et accordaient une importance à l'évolution de la cause de l'épisode dépressif en cas de dépression dite « réactionnelle ».

Deux sources de difficultés ont pu être mises en évidence : celles liées aux doutes et hésitations du médecin, et celles liées aux hésitations du patient.

D'après les médecins interrogés, certains patients anticiperaient la réapparition des symptômes, et préféreraient la poursuite du traitement. Ses craintes pouvaient expliquer certains échecs en milieu de sevrage, et rendaient parfois l'arrêt complet difficile à obtenir. Cela pouvait mener au maintien, parfois de façon prolongée, d'un traitement à « petites doses ». Agir sur les hésitations et les craintes du patient à l'arrêt du traitement, semble être un élément clé pour éviter des traitements prolongés. Les médecins de notre échantillon ont évoqué l'utilité des psychothérapies en ce sens.

Certains médecins ont reconnu avoir des hésitations ou des difficultés lors de la décision à l'arrêt du traitement étant donné le risque de rechute et récurrence et la complexité de l'évaluation de la pathologie dépressive. Des « échecs » pouvaient aussi survenir en milieu de sevrage et remettre en cause la décision. Les médecins ont identifié certaines situations qui rendaient la décision plus difficile :

- En l'absence de psychothérapie associée au traitement antidépresseur,
- En cas de récurrence,
- En cas de comorbidités associées,
- En cas de traitements présents depuis de nombreuses années. Dans cette dernière situation, le rapport bénéfice/risque du traitement semblait difficile à évaluer.

L'arrêt du traitement était progressif pour tous les médecins. Mais il n'y avait pas de démarche unifiée. Les médecins ne s'appuyaient pas sur un protocole précis, mais sur leurs expériences personnelles pour instaurer un schéma de sevrage. Cependant, cela n'a pas semblé être une source de difficulté.

REFERENCES

1. OCDE. Panorama de la santé 2015 - Les indicateurs de l'OCDE - fr - OCDE [Internet]. [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>.
2. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Note de cadrage [Internet]. HAS; 2014 [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours-note-de-cadrage.
3. Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. Enquête Anadep 2005 [Internet]. INPES; Saint-Denis; 2009 [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>.
4. Observatoire de la Médecine Générale. Données [Internet]. [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>.
5. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon Marie. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Etudes et résultats. 2012;(810).
6. Lecadet J, Vidal P, Vialaret K, Baris B. Médicaments antidépresseurs : évolution de la consommation entre 2000 et 2003 en région Auvergne. Revue médicale de l'assurance maladie. 2006;37(1):9-14.
7. Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. BMJ. 2009;339.
8. Pratt LA, Brody DJ. Antidepressant use in persons aged 12 and over : United States, 2005-2008. Natl Health Stat Rep. 2011;(76).
9. Ambresin G, Palmer V, Densley K, Dowrick C, Gilchrist G, Gunn JM. What factors influence long-term antidepressant use in primary care? Findings from the Australian diamond cohort study. J Affect Disord. 2015;176:125-32.
10. AFSSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire [Internet]. AFSSAPS; 2006 [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf.
11. Haddad PM. Antidepressant discontinuation syndromes. Drug Saf. 2001;24(3):183-97.
12. Lusignan E. Comment reconnaître un syndrome d'interruption associé aux antidépresseurs? Le médecin du Québec. 2003;38(3).
13. Imbault G. La cessation et la substitution d'un antidépresseur. Québec Pharmacie. 2008;55(9).
14. Corruble E, Thuile J, Hardy P. Dépressions récurrentes. EMC-Psychiatr. 2005;2(2):138-44.
15. Spadone C. Évolution des maladies dépressives. Presse Médicale. 2004;33(20):1469-73.

16. HAS. Affections psychiatriques de longue durée Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [Internet]. HAS; février 2009 [Consulté le 15/01/2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf.
17. American Psychiatric Association. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder [Internet]. APA; 2000 [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf.
18. ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. ANAES; 2002 [Consulté le 15/01/2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations._2006_12_27__16_20_34_967.pdf.
19. Prescrire Redaction. Prévention des récurrences dépressives: un guide HAS confus qui fait la part belle aux antidépresseurs. La Revue Prescrire .2008;28(296):469.
20. Courtet P, Misdrahi D. Quels rapports bénéfiques/risques des antidépresseurs au long cours ? Encéphale. 2005;31(6):53-4.
21. Piek E, Meer K van der, Nolen WA. Guideline recommendations for long-term treatment of depression with antidepressants in primary care—a critical review. Eur J Gen Pract. 2010;16(2):106-12.
22. Kaymaz N, van Os J, Loonen AJM, Nolen WA. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry. 2008;69(9):1423-36.
23. Deshauer D, Moher D, Fergusson D, Moher E, Sampson M, Grimshaw J. Selective serotonin reuptake inhibitors for unipolar depression: a systematic review of classic long-term randomized controlled trials. CMAJ. 2008;178(10):1293-301.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 5^e éd. Washington DC; 2013. 930 p.
25. Spadone C, Corruble E. Symptômes résiduels et récurrence dans le trouble dépressif majeur. Encéphale. 2010;36, (Suppl 5):S108-11.
26. Shelton RC. Steps Following Attainment of Remission: Discontinuation of Antidepressant Therapy. J Clin Psychiatry. 2001;3(4):168-74.
27. Masson E. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. Revue neurologique EM-Consulte. 2003;159(4):405-11.
28. Aubin-Auger I, Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
29. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. Exercer. 2009;20(88):106-12.
30. Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de Famille. La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille [Internet]. 2002 [Consulté le 15/01/2018];

Disponible sur:

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.

31. Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. *Fam Pract.* 2007;24(6):570-5.
32. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry.* 1999;156(6):837-41.
33. Institute for Clinical Systems Improvement. Major Depression in Adults in Primary Care. Health care guideline. Fifteenth edition. *Inst Clin Syst Improv [Internet].* 2012 [Consulté le 15/01/2018]; Disponible sur: https://networkhealth.com/_files/pdf/Provider/Clinical_Practice_Guidelines/depression_major_in_adults_in_primary_care_3.pdf.
34. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997 [Internet]. Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. 1999 [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1277.pdf>.
35. Morvan M-L. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. Th. d'exercice, Université de Brest - Bretagne occidentale; 2014.
36. Corruble E. Dépression : concepts actuels. *Encéphale.* 2010;36:S104-7.
37. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Heterogeneity among depressed outpatients considered to be in remission. *Compr Psychiatry.* 2007;48(2):113-7.
38. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(3):170-5.
39. Zimmerman M, Martinez J, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA. Symptom differences between depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale who do and do not consider themselves to be in remission. *J Affect Disord.* 15 2012;142(1-3):77-81.
40. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, Royen PV, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Fam Pract.* 2011;12:99.
41. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1984;41(1):72-80.
42. Société Française de Médecine Générale. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique [Internet]. [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/.
43. Association des Médecins anciens étudiants de l'Université libre de Bruxelles. Peut-on mesurer la dépression ? [Internet]. [Consulté le 15/01/2018]. Disponible sur: <http://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/peut-on-mesurer-la-depression--1202>.

44. Nuss P. La place des symptômes résiduels : entre rémission et guérison. *Encéphale*. 2005;31 (Pt 3):S14-6; discussion S17.
45. Parney A. La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Th. d'exercice, Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
46. Boussageon R, Gilbert D. Traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale. Les antidépresseurs sont-ils efficaces ? Une revue de la littérature. *Médecine*. 2012;8(1):20-3.
47. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant Drug effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53.
48. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. févr 2008;5(2).
49. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *N Engl J Med*. 2008;358(3):252-60.
50. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(4):293-302.
51. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;159:118-26.
52. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing Relapse and Recurrence in Unipolar Depression: A Comparative Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy's Effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(3):475-88.
53. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *The Lancet*. 2003;361(9358):653-61.
54. Sinclair JE, Aucott LS, Lawton K, Reid IC, Cameron IM. The monitoring of longer term prescriptions of antidepressants: observational study in a primary care setting. *Fam Pract*. 2014;31(4):419-26.
55. Lôo H, Olié J-P. Traitements antidépresseurs au long cours. *EMC - Psychiatrie*. 2004;1(4):284-93.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Mail de recrutement

A l'attention des médecins généralistes du cabinet médical ;

Bonjour,

Je m'appelle Urko PERRET, voilà deux ans que j'ai terminé mon internat en médecine générale, et je travaille actuellement sur une thèse portant sur l'arrêt des antidépresseurs en soins primaires, dans l'état dépressif majeur de l'adulte de 18-75 ans.

Pour mener à bien ce travail, je m'entretiens avec un panel de médecins généralistes. Ces entretiens me permettront d'obtenir des informations sur la pratique sur le sujet, qui seront recueillies sans jugement.

La durée de l'entretien a été estimée à 15-20 minutes, il sera réalisé dans le lieu de votre choix (votre cabinet, par exemple), sur rendez-vous. Il est non obligatoire, mais me permettrait d'avancer dans mon travail. Avec votre consentement, j'enregistrerai cet entretien afin de pouvoir le retranscrire puis d'analyser ses données qualitatives, en faisant ressortir des thèmes d'analyse. Il sera bien entendu anonyme.

Je serai très heureux si vous acceptiez de discuter sur le sujet.

Je prévois d'appeler à nouveau le cabinet médical, pour connaître votre réponse. En cas de réponse positive, je profiterai de cet appel pour planifier un rendez-vous. Si vous le préférez, nous pouvons aussi communiquer par mail.

Ces entretiens se dérouleront jusqu'à fin mars, début avril.

Cordialement,

Urko PERRET, thésard en médecine générale

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Bonjour,

Je m'appelle Urko Perret, j'ai fini mon DES de médecine générale, et je réalise mon travail de thèse sur l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre de l'épisode dépressif majeur, de l'adulte de 18 à 75 ans. Pour mener à bien ce travail, je m'entretiens avec un panel de médecins généralistes représentatifs, dont vous faites partie.

Ces entretiens me permettront d'obtenir des informations sur la pratique sur le sujet, qui seront recueillies sans jugement.

Avec votre consentement, j'enregistrerai cet entretien afin de pouvoir le retranscrire puis d'analyser ses données qualitatives, en faisant ressortir des thèmes d'analyse. Il sera bien entendu anonyme.

!/ Dans un premier temps, pourriez-vous vous présenter et pourriez-vous décrire votre activité professionnelle ?

Age, Année d'installation

Lieu d'exercice : zone rurale, urbaine

Mode d'exercice : Cabinet de groupe ou seul.

Actes par jour :

Diplômes :

Maître de stage :

II/ L'Arrêt des antidépresseurs dans le cadre de l'EDC de l'adulte de 18-75 ans en MG.

- 1) Pourriez-vous me dire, dans un premier temps ce que ce sujet vous évoque ?
(Qu'est-ce que ça représente, comment cela se passe-t-il...)
- 2) Quelles craintes avez-vous à l'arrêt du traitement antidépresseur ?
- 3) Quelles hésitations avez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ? (Quelles difficultés avez-vous lors de la prise de décision) ?
- 4) Quels freins identifiez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ?
- 5) Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche? Sur quelles sources vous appuyez-vous ?
- 6) Quelles difficultés observez-vous dans votre démarche ?
- 7) Au vu des difficultés que vous pouvez rencontrer concernant l'arrêt du traitement, qu'est-ce qui pourrait vous aider ?
- 8) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE 3 : Entretien

Entretien n°1 : 07/02/2017, 12 min

I : Concernant l'arrêt des antidépresseurs dans l'EDC de l'adulte de 18-75 ans, qu'est-ce que cela vous évoque ?

M1 : C'est quelque chose que j'essaie de mettre en place, enfin... de faire quand c'est possible. C'est-à-dire, le but, à l'instauration, donc quand c'est moi qui instaure un antidépresseur, le but c'est pas que le patient le prenne toute sa vie. C'est quand je suppose que, le patient en a besoin comme un peu une béquille chimique en fait, pour passer un cap, qui peut être de quelques mois, voire de quelques années, mais peu d'années, et le but c'est que une fois que le problème plus profond est réglé, euh, d'arrêter le traitement médicamenteux.

I : Vous voulez éviter des prescriptions prolongées.

M1 : Oui donc voilà, j'en parle déjà à l'instauration du traitement, avec le patient, que le but, c'est qu'un jour, il l'arrête quand même, et que l'on prendra la décision ensemble... Et donc si au bout de quelques semaines il va mieux, voilà, on attend quelques mois. On attend que ça soit bien solide, et qu'il n'aille pas juste

mieux. Que vraiment on sente, que ce qui a fait au départ qu'on a décidé de l'instauration du traitement, soit vraiment passé, et quand le patient se sent plus solide, prêt à l'arrêter, à ce moment là on envisage la décroissance.

I : Euh, oui, d'accord. Vous m'avez dit : on attend que ça soit solide. Qu'il n'aille pas juste mieux. Vous, euh, qu'est-ce que vous entendez par ça ?

M1 : Quand les symptômes qui m'avaient fait poser le diagnostic de syndrome dépressif, enfin... quand ces symptômes disparaissent, et que voilà, on voit que le patient va plus de l'avant. Hm... Quand le patient lui-même dit qu'il se sent mieux, que les troubles du sommeil ont disparu, que les crises d'angoisses ont disparu, que le manque d'envie, que l'apathie a disparu, c'est que ça va mieux, et à ce moment là j'envisage la décroissance.

I : Vous recherchez des symptômes...

M1 : Voilà.

I : D'accord. Est-ce que vous avez des craintes à l'arrêt du traitement ?

M1 : Des craintes oui, que euh, les symptômes réapparaissent à l'arrêt du traitement.

I : Les symptômes réapparaissent à l'arrêt du traitement ?

M1 : Euh, les symptômes réapparaissent, euh oui, qui peuvent réapparaître. Mais pas forcément au moment du sevrage en fait, c'est-à-dire que les gens qui ne prennent plus leur traitement, un an, deux ans après, de nouveau, les symptômes anxieux ou des symptômes dépressifs réapparaissent. *(Silence)*.

I : Et quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

M1 : (sourit) Peut être qu'il faudrait que je me mette à chercher un peu (sourit).... Je sais qu'il y en a qui existent hein, et il faudrait que je les utilise...

I : Utiliser quoi ?

M1 : Les échelles d'évaluation, des outils validés... C'est euh... un peu du micmac et ça pourrait peut être un petit peu plus précis.

I : Vous manquez de précision ?

M1 : Peut-être... Je discute beaucoup avec ces patients... Et puis... Il y a beaucoup d'informations à aller chercher, il faut

discuter longtemps, voir s'il est prêt. C'est pas toujours évident... J'essaie de les revoir assez régulièrement, euh, en fonction de l'évolution de ce qu'ils décrivent au niveau des symptômes et de leurs habitudes de vie, on va dire ça comme ça... Après euh, ça dépend aussi de quelle est l'origine du problème, c'est-à-dire si c'est réactionnel à un conflit au travail si le médecin du travail passe par là et que finalement il y a une rupture conventionnelle, forcément ça aide à ce que le sevrage se passe mieux. Si la personne est toujours dans, euh, un environnement précaire, il risque de rechuter.

I : D'accord. Donc euh, vous m'avez dit euh, que ce n'était pas toujours évident.

M1 : Hmm, hmm... Et bien c'est quelque chose... c'est pas noir ou blanc... c'est quand même très lié à l'interprétation.

(Téléphone... interruption 2min)

I : Bon, euh... Donc vous m'avez parlé de l'évaluation du patient, et donc euh... Vous identifiez des situations euh... difficiles ?

M1 : Euh...

I : Ce n'était pas clair excusez-moi. Quels freins identifiez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ?

M1 : Et bien, euh, voilà, si le patient n'a pas vu de psy, ou n'a pas trouvé le bon interlocuteur, et bien je me dis que 4 à 6 mois après, ça va repartir quoi. Mais bon, c'est cher, et c'est pas remboursé. Donc on fait parfois sans.

I : Un psychologue ? Un psychiatre ?

M1 : L'un ou l'autre. Je propose systématiquement dès le début.

I : L'absence de psychothérapie est un obstacle alors ?

M1 : Non, pas un obstacle, je dirais un frein.

I : Vous identifiez d'autres freins, d'autres situations où l'arrêt est compliqué ?

M1 : Ah ça... Comme moi je suis installée depuis pas si longtemps que ça, j'ai récupéré la patientèle d'autres médecins, et donc des patients qui prennent des traitements depuis des dizaines d'années, c'est un peu ce qu'on voit aussi avec les hypnotiques, euh, c'est hyper compliqué de leur faire arrêter. La dame de 55 ou 60 ans, qui prend de la Paroxétine depuis 10 ans, c'est un peu compliqué de lui faire arrêter son traitement. Après c'est aussi mon ressenti, hein, je ne propose pas de les arrêter chaque matin, disons que, euh, ces patients, est-ce qu'il faut arrêter ou

non, et bien ça, je suis incapable d'y répondre. Si finalement cette personne est bien ainsi, est-ce qu'il ne faut pas lui laisser aussi... Honnêtement, je ne sais pas. Est-ce qu'il y a une efficacité biochimique, ou est-ce que c'est un effet placebo qui fait qu'elle se sente bien, c'est toute la complexité dans cette situation.

I : D'accord. D'autres sources de difficultés ?

M1 : Euh, non, euh...

I : Pas de freins autres que décisionnels ?

M1 : Euh...

I : Des freins organisationnels ?

M1 : Non, je ne pense pas.

I : D'accord. Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M1 : Alors, ça c'est ma petite cuisine (rires...), euh. Ce que je propose, euh, ça dépend aussi de ce qu'ils prennent comme traitement, en général j'ai tendance à prescrire de la Paroxétine, hmm. Je leur propose de prendre le traitement un jour sur deux, euh disons, euh, 2 jours sur 3, pendant 15 jours, puis si ça va bien, un jour sur deux, et puis un jour sur trois, puis un demi comprimé, et puis voilà. En

faisant des paliers de 15 jours à chaque fois.

I : D'accord.

M1 : Alors, ça, euh, c'est basé sur rien hein (rires..), sûrement que j'avais du voir ça chez des maîtres de stage chez qui j'étais passé en tant qu'interne, et je me suis fait ma petite cuisine comme ça. Jusqu'à présent, ça marche pas trop mal. En leur disant que par exemple, s'ils sont à un jour sur deux, et qu'en diminuant davantage ça va pas, et bien qu'ils repassent au palier supérieur en fait, et voilà, je me dépatouille un peu comme ça. Mais je ne me suis jamais basée sur aucune référence.

I : Y-a-t-il d'autres moyens que vous employez lors de l'arrêt ?

M1 : Parfois, quand il y a un versant un peu anxieux, qui est présent, je les oriente vers les médecines un peu parallèles, hypnose, acupuncture, voilà.

I : Pas d'autres traitements ?

M1 : Non, sauf si il me dit que, même si ça va mieux sur le plan dépressif, s'il garde une certaine anxiété, je lui prescris parfois un anxiolytique à la demande.

I : Avez-vous des difficultés dans votre démarche ?

M1 : Non, non... Enfin, si, les difficultés surviennent quand on a arrêté et qu'il ne fallait pas.

I : Vous pouvez préciser ?

M1 : Et bien, euh, les patients chez qui je propose une diminution du traitement, et qui ne se sentent pas bien lors d'une diminution de dose, et bien peut-être ne fallait-il pas lui arrêter finalement. Mais c'est parfois difficile à prédire. Et lorsqu'ils ne se sentent pas bien, est-ce que c'est parce qu'ils ont besoin pharmacologiquement du traitement, ou il va moins bien parce que en baissant son traitement les symptômes réapparaissent, c'est difficile de faire la part des choses. Et c'est vrai que dans ces cas là, soit il y a un suivi conjoint, et à ce moment là, ben on reprend le traitement, soit il n'y a pas de suivi avec un psy par exemple à ce moment là peut être que je l'adresserai dans cette situation là.

I : Un psychiatre ? Un psychologue ?

M1 : L'un ou l'autre.

I : Quand les symptômes réapparaissent euh, pendant l'arrêt, c'est ça ?

M1 : En fait, oui, euh je monte la posologie, et je recommande d'aller voir

leur psy avant de décider de diminuer à nouveau.

I : Est-ce que quelque chose vous aiderait dans votre pratique ?

M1 : Une formation ça pourrait être intéressant. La seule réticence que j'ai par rapport à ça, c'est que contrairement à tout ce qui est vraiment somatique, ou les choses peuvent être blanc ou noir, là c'est quelque chose qui est quand même très subjectif euh... et selon la personne qui te fait la formation, selon la façon dont elle travaille, elle utilisera plus tel ou tel type

de molécule, va se baser, enfin, le ressenti peut être très différent. Et du coup je me dis que, ce n'est pas ma priorité, par rapport à des problèmes plus somatiques, où on aura des réponses plus précises. Comme on ne peut pas toutes les faire...

I : Autre chose ?

M1 : Je ne sais pas trop.

I : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M1 : Non

I : Merci beaucoup.

Entretien n°2 : 09/02/2017, 10 min

I : Qu'est-ce que vous évoque l'arrêt des antidépresseurs de l'adulte de 18 à 75 ans ?

M2 : C'est-à-dire ?

I : Votre vision sur le sujet, ce que ça représente...

M2 : Ben... (silence). Ben c'est quelque chose vers laquelle il faut tendre quand c'est le bon moment, mais après euh, il faut savoir se poser des questions, alors, je ne sais pas si on va en parler après, ça

peut-être de ma volonté, comme celle du patient qui en a marre de prendre des traitements. Hm. La plupart du temps, ils arrêtent le traitement d'eux-mêmes je dirais, enfin je les préviens quand même, qu'il faut aller doucement, mais euh, qu'est-ce que ça m'évoque, euh rien de particulier... euh, c'est vrai que c'est le genre de traitement qui pourrait trainer un peu trop sur les ordonnances, en terme de durée j'entends.

I : Quand c'est le bon moment ?

M2 : Euh bien, oui. Ben le bon moment en fait, disons qu'à l'instauration, quand c'est moi qui instaure le traitement, je parle d'au moins 6 mois, comme ça les choses sont claires, souvent je parle de l'arrêt prématuré qui occasionne des rechutes, euh, que si on devait parler de, euh, souvent j'aime bien en parler dès le début, parce qu'on s'aperçoit que les gens arrêtent souvent d'eux mêmes après 2 ou 3 mois, ils se sentent mieux et puis ils arrêtent, et c'est pas forcément ce qu'il faut faire... donc souvent je dresse un petit peu le tableau au départ, et puis, bon, je leur dis que si c'est pour l'arrêter avant 6 mois, c'est peut-être même pas la peine de commencer, euh... voilà, comme ça les choses sont dites.

I : Et donc, euh... généralement, ils l'arrêtent d'eux même c'est ça ?

M2 : Ben en fait ça répond, euh, je pense que l'arrêt du traitement, ça vient plus du patient en fait que du médecin. Je pense que c'est plus le patient qui, parce qu'on en a parlé au départ, va dire, bon ben là, j'ai commencé à réduire le traitement, ou à diminuer et voilà. Ça ne va pas forcément se décider ici, sauf si le patient veut venir nous en parler... donc étant donné que c'est un renouvellement, si c'est à renouveler pour 3 mois, peut être

la personne ne va pas forcément venir spécialement pour ça. Alors des fois, ça peut être un coup de fil aussi, par téléphone, je leur conseille de le diminuer. C'est le patient qui décide surtout.

I : D'accord. Vous m'avez dit que ces traitements trainaient un peu sur les ordonnances, selon vous, pour quelles raisons ?

M2 : Et bien, je suppose que les patients ne veulent pas arrêter, tout simplement.

I : Ils ne veulent pas ?

M2 : Ils se sentent bien comme ça, voilà.

I : Quelles peuvent être vos craintes, hésitations à l'arrêt du traitement ?

M2 : Des craintes ?

I : Oui. Vous avez des craintes à l'arrêt ?

M2 : Personnellement non, euh non ... Après, bon ben la rechute, c'est le risque, mais la rechute n'est pas forcément immédiate donc, euh, ça peut être un an après, ou 2 ans après...

I : Pas d'hésitations ?

M2 : Euh, non, non, je ne sais pas quoi répondre.

I : Donc vous n'avez pas de difficultés dans la décision, dans la démarche décisionnelle ?

M2 : Et bien dans la mesure où dans la plupart des cas, c'est une demande du patient, je ne décide pas pour eux. Moi je leur pose des questions, si le sommeil ça va, si il se retrouve comme avant, mais c'est surtout lui qui décide.

I : Existe-t-il des freins, des obstacles à l'arrêt du traitement ?

M2 : Parfois, il arrive qu'on propose de diminuer et que la personne ne veuille pas parce qu'elle se trouve bien comme ça voilà.

I : Le patient peut être un frein, alors, d'autres freins que vous identifiez ?

M2 : ...

I : Qu'est-ce qui peut rendre compliqué ou difficile l'arrêt du traitement ?

M2 : Et bien je dirais que pour arrêter un antidépresseur, il n'y a pas véritablement de frein. Si la personne ne veut pas, ça va être un frein oui, mais euh, la plupart du temps, euh, il y a une dégression progressive, qui fait que si ça va un petit peu moins bien, et bien on remonte et puis on attend un autre moment. Je ne

pense pas qu'il y ait vraiment de frein en fait.

I : Pas de situations où la décision est plus difficile ?

M2 : Non, non.

I : D'accord. Une fois que la décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M2 : Je diminue la posologie, et puis, ben euh, oui je diminue la poso quand c'est possible, sinon on passe à un jour sur deux, un truc comme ça, par paliers.

I : Qu'est-ce que vous entendez par paliers, pourriez-vous m'apporter plus de précision ?

M2 : Euh, non, c'est pas stéréotypé vraiment, ça dépend à qui je m'adresse aussi, puis on voit en face de nous si la personne est pressée ou pas, des fois il y a même des non dits, que le patient a déjà commencé à diminuer, c'est au cas par cas. Je vais parler de palier, je sais pas de quinze jours, par exemple, même plus, mais... je diminue de 50% par exemple.

I : D'accord, et vous m'avez dit euh, un jour sur deux ?

M2 : Pour certains médicaments c'est difficile de faire autrement, parce qu'ils sont pas sécables, mais si le dosage

permet de diminuer plus doucement, je le fais. Je pense au Seroplex qu'on peut diminuer de 20 à 15 à 10 à 5, celui là est plus facile à manier. Après si les posologies ne le permettent pas, parce que couper en dix un comprimé c'est pas facile, j'espace les jours, ça permet aussi de garder un petit pied avec le traitement et puis de s'éloigner tout doucement.

I : Et vous diminuez tous les 15 jours c'est ça ?

M2 : Pas systématiquement, c'est un exemple hein...

I : Le rythme dépend de quoi ?

M2 : Et bien, euh si c'est quelqu'un qui a déjà eu un épisode dépressif, donc s'il avait duré longtemps, je dois en tenir compte, je leur dis de diminuer plus doucement.

I : Vous revoyez le patient 15 jours après ?

M2 : Non pas forcément. Je laisse la liberté au patient, je peux dire, euh oui vous passez me voir s'il y a un problème, mais ça peut se faire aussi sur un coup de fil, pour un avis, euh, si on se revoit ou pas, euh, souvent je laisse la main à la personne.

I : D'accord. D'autre chose dans votre démarche ? des aides médicamenteuses, ou non, professionnelles ?

M2 : Non. Les psychiatres peuvent m'aider dans la prise en charge et le suivi, et encore... mais pas forcément à l'arrêt.

I : D'accord. Sur quoi se base votre démarche ?

M2 : C'est-à-dire ?

I : Sur quelles ressources, euh... d'où vous est venue cette façon de faire ? Documentation, formation, expériences ?

M2 : Ouais c'est sur l'expérience, et puis je vois un peu ce qui se fait aussi, j'ai des retours des fois aussi des patients qui suivent un psy en plus, c'est sur l'expérience. Je reçois les labo aussi qui viennent me présenter leur médicament, euh, il y a peut être un échange aussi à ce moment là.

I : Vous avez des difficultés dans votre démarche ?

M2 : Non non, ça se passe bien. Ben je vous dis, hein, en fait en diminuant la dose en allant doucement, bon c'est arrivé que, au bout de 15 jours 3 semaines, le patient me dise « ouais je l'avais diminué, mais je suis remonté parce que ça n'allait pas », c'était peut-être un peu tôt.

I : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M2 : Euh, non je sais pas trop

I : Merci.

M2 : Pour ce qui est de l'arrêt du traitement, ben euh, je pense pas que, euh, je vois pas trop de difficultés... C'est parfois plus à l'instauration que c'est difficile, de trouver la bonne molécule qui marche bien, qui ne fasse pas d'effet secondaire... Alors qu'à l'arrêt, ben euh, la plupart du temps ça se passe bien, sauf quand la personne prend d'elle-même la décision d'arrêter de manière trop brutalement, et puis bon c'est tout après, hein. On peut revoir la personne, enfin bon c'est très incertain tout ça.

I : Incertain ?

M2 : Disons qu'au départ il y a un levier qui prend du temps, c'est la période un petit peu difficile, avec le risque de passage à l'acte. Donc là je propose souvent de revoir ou bien d'appeler mais

c'est pas fait systématiquement. Et c'est vrai que diminuer le traitement ça peut montrer à la personne qu'elle guérit, donc ce n'est pas une période qui est difficile en fait. Après en les prévenant que ça peut rechuter de plus belle, ben ça permet d'arrêter les arrêts intempestifs. Après bon l'expérience fait que, au début, oui, on ne fait pas trop attention. C'est arrivé il y a pas longtemps, la personne m'a appelé en me disant ça va pas, ya ci ya ça, ben je vais prescrire un antidépresseur. Je ne vais pas forcément le revoir parce qu'il habite loin, disons qu'on garde la main. Imposer de revoir ça se fait, mais c'est pas forcément suivi, quoi. Etant donné que le patient a une boîte de médicament qu'il peut consommer et bien disons qu'on n'a pas la main dans ce cas. Après ça dépend des modalités aussi. Si c'est une déprime avec un arrêt maladie, bon ben, on peut maîtriser de revoir la personne en fonction de la durée de l'arrêt maladie. Voilà.

I : Merci.

Entretien n°3 : 09/02/2017, 13 min

I : J'aimerais que vous me parliez de l'arrêt des antidépresseurs chez l'adulte de 18-75 ans, dans le cadre de l'EDC, de ce que vous évoque, le sujet.

M3 : C'est un sujet important, parce que, euh, c'est une évidence, l'arrêt des antidépresseurs, si il ne se fait pas avec le médecin, euh on a 80% de chances de rechuter dans l'année qui suit, ça c'est évident. Donc l'arrêt de l'antidépresseur,

ça doit se faire en collaboration avec le prescripteur et le patient. Sinon, euh, c'est l'échec, 9 fois sur 10.

I : D'accord. Vous...

M3 : Parce que le patient qui est mieux, il se sent mieux, il arrête de lui-même, il ne revient pas, et il se plante quoi, statistiquement, on le sait hein.

I : D'accord. Donc selon vous, votre rôle est important.

M3 : Ah ben fondamental oui.

I : Fondamental.

M3 : Oui, absolument. Il faut surtout leur expliquer pourquoi il ne faut pas l'arrêter tout seul hein. Tu sais, c'est comme l'arrêt du tabac, les gens, ils ne reviennent pas forcément pour te dire j'en suis au patch 14 ou 7, tu comprends. Il y a des gens qui t'écoutent et il y a des gens qui t'écoutent moins quoi. Et puis il y a les patients qui croient être guéris, et qui croient être mieux et qui arrêtent. Ça, ça se fait dans toutes les pathologies remarque hein. Bon, voilà.

I : Hmmhmm.

M3 : Alors ce qu'il faut prendre en compte à l'arrêt, c'est le, euh... paramètre variable de l'origine de la dépression. Ce qui a

déclenché la dépression. Si c'est euh, si c'est des problèmes financiers et que le patient gagne au loto, il arrêtera ses antidépresseurs sans problème, hein, en exagérant un petit peu. Mais euh, tout dépend de la cause inhérente à la dépression, il faut voir si cette cause est réglée ou pas, ou est-ce qu'elle est acceptée ou assimilée. Si c'est un divorce, par exemple, une séparation, euh... Dans la dépression, le paramètre essentiel au départ, c'est la cause. C'est beaucoup plus facile à soigner quand elle est évidente, hein. Quand elle n'est pas évidente c'est plus difficile, et ensuite, euh, dans l'arrêt du traitement, ben c'est l'évolution de la cause, hein, qui va déterminer l'arrêt.

I : D'accord. Quelles craintes avez-vous à l'arrêt de l'antidépresseur ?

M3 : La crainte ? Euh, ben la rechute, c'est évident, c'est tout.

I : Quelles hésitations pouvez vous avoir à l'arrêt du traitement ? Est-ce que parfois, vous hésitez ?

M3 : Si on l'arrête correctement non. Si on l'arrête correctement non, non. On peut avoir des incertitudes concernant l'avenir, mais euh, c'est quelque chose qu'on ne maîtrise pas, hein, sur la situation.

I : Qu'est-ce que vous entendez par correctement ?

M3 : Très progressivement, et en revoyant le patient, par paliers, en diminuant par paliers, classiques hein, et en revoyant le patient à chaque palier.

I : Donc, euh, vous n'avez pas de difficultés dans votre décision à arrêter un antidépresseur ?

M3 : Dans le choix ? Si je peux continuer ou arrêter ? Non. Aucune. Je n'hésite pas. Parce qu'au moindre doute, je prolonge le traitement.

I : Dans le doute ?

M3 : Si j'ai un doute je le prolonge, un mois, deux mois, je le prolonge.

I : Des doutes sur quoi ?

M3 : Ah ben c'est lié à l'entretien avec chaque patient, hein, à l'entretien. Connaissant le patient, connaissant son entourage, lié à la... à ce qui a déclenché la dépression, si ça s'est éclairci ou pas, mais dès que j'ai un doute, je prolonge un mois ou deux, ou le palier.

I : Comment évaluez vous tout ça ?

M3 : Et bien, par l'entretien, par ce qu'il nous dit, par les questions qu'on lui pose et ses réactions. C'est l'entretien qui va

nous donner la réponse, pas l'examen clinique hein.

I : Hmm... Euh, vous savez quand les arrêter, donc...

M3 : Ben euh, oui. Il faut être prudent, il faut bien évaluer le patient. L'important, c'est l'évaluation du patient... Connaissant le patient, son environnement, on sent bien si ça va être possible ou pas. Il faut aussi compter 6 mois de traitement, au premier épisode au moins, et faire une diminution très progressive, qui minimise beaucoup les risques de récurrence. Bon, il y a toujours des patients qui hésitent, ils ont beau reconnaître que les choses se sont arrangées, qu'ils vont de nouveau bien, ce n'est pas toujours facile pour eux. Donc voilà, il faut leur expliquer qu'on va y aller tout doucement et qu'on est là au moindre problème. Mais voilà, qu'on ne va pas continuer ce traitement indéfiniment, sauf s'il y a un réel problème toujours présent derrière hein, qui n'est pas réglé, hein, c'est toujours pareil.

I : D'accord.

M3 : Après plus on récidive, et plus on aura tendance à récidiver, donc plus on aura tendance à garder le traitement, hein, longtemps. Après, des multirécidivistes, il y en a, pas beaucoup,

mais il y en a. Et euh... des consommateurs, euh... au long cours j'entends, d'antidépresseurs, c'est pareil, il y en a pas tellement. Tu sais que... bon ben... en général, ce sont des gens qui ont vu des psy, en médecine générale, ce genre de sujet, qu'on n'arrive pas à cadrer, on l'envoie au psy. Enfin bon, c'est pas pour ça qu'il aura la solution, hein, ça euh le recours au psy, moi j'essaie d'éviter au maximum, parce que c'est une catastrophe, hein.

I : Hmm.

M3 : Ouais, ouais, ouais, catastrophe. Disons que ça peut nous aider dans un cas sur 4, mais pas plus, hein, pas plus. Parce que le psy n'a pas plus de solution que nous, quoi. Si c'est pour regarder dans son enfance, hein, bref. Il n'a pas d'outils supplémentaires. Il ne peut pas retrouver le travail d'un type qui a perdu son boulot. Sachant qu'après certains patients, il faut consacrer du temps, c'est pas une angine. Donc les gens qui dépriment, ils prennent rendez vous, et on y passe le temps, hein.

I : Ces consultations prennent du temps ?

M3 : Ah ben oui, oui, obligatoirement. Donc toujours sur rendez-vous. Mais ça c'est plus à l'instauration qu'à l'arrêt, hein. A l'arrêt, on va tout de suite au cœur du

problème. Puis on voit tout de suite si la patiente arrive habillée ou maquillée, déjà c'est bon signe, hein, elle s'est reprise en main.

I : Quels freins identifiez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ?

M3 : Il n'y a pas de freins. Il n'y a pas réellement des freins... s'il n'a pas réglé la cause ou ne l'a pas acceptée, à ce moment là, je prolonge le traitement sans hésitation.

I : Rien qui ne gêne l'arrêt du traitement ?

M3 : Non, non.

I : D'accord. Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M3 : Ben, en diminuant par paliers, classiques hein.

I : Qu'est-ce que vous entendez par paliers ?

M3 : Ben par paliers, c'est-à-dire, euh diminution du quart, ou bien ça dépend de la posologie initiale hein, et ça dépend des événements aussi. Mais par paliers, en principe, euh diminution de moitié, euh d'un quart, jusqu'à l'arrêt. Et revoir le patient, euh, l'idéal, lui demander de revenir un mois après l'arrêt.

I : Des paliers de combien de temps ?

M3 : Un mois. Je diminue la posologie de moitié, je le revois au bout d'un mois, si tout va bien, on peut discuter la diminution au quart, et l'arrêt un mois plus tard. En gros, ça prend 3 bons mois pour l'arrêter.

I : Et, euh, concernant votre schéma de sevrage, ça provient d'où ?

M3 : Hmm... Je préfère le faire tout doucement, par expérience, pour éviter les récurrences.

I : Quelles difficultés observez-vous dans votre démarche ?

M3 : Pas de difficultés. Je ne peux pas prédire des événements indépendants de nous même, la maladie de la maman qui rechute pendant l'arrêt du traitement, je peux pas le deviner. On n'est pas maître des événements qui surviennent dans la vie des gens, hein.

I : Mais euh, dans la mise en place d'une stratégie de sevrage ? Pas de difficultés ?

M3 : Non plus.

I : Quelque chose vous aiderait dans votre pratique ?

M3 : Quelque chose qui m'aiderait ? Euh.... Connaître l'avenir, oui ça m'aiderait (rires), mais euh non ; les outils

d'évaluation je ne m'en servirai pas, parce que chaque cas est vraiment particulier quoi, hein, chaque patient tu sais si c'est sa 5^{ème} récurrence, tu sais si c'est sa femme qui s'est barrée, tu sais si son enfant a eu un accident, tu sais si il vient de perdre son boulot, tout ça tu le sais quoi... Après, je ne vois pas d'outil qui pourrait m'aider, quoi hein, c'est vraiment individuel.

I : D'accord. Autre chose à ajouter concernant l'arrêt du traitement ?

M3 : C'est un sujet sur lequel on pourrait s'étendre beaucoup parce que c'est du cas par cas. A l'arrêt il faut être vigilant, quand ils reviennent me voir pour une angine ou comme ça on va toujours essayer de parler des problèmes passés, pour voir s'ils n'ont pas ressurgis. Disons qu'on va plus y veiller à ces gens là, quand ils ont une pathologie organique, que les autres, hein. On sera plus attentifs. Et on leur dit « si il y a un petit clignotant, tu viens de suite en parler » hein. Ouais.

I : Clignotant ? (rires)

M3 : Ben oui, tu sais bien comme moi, que la récurrence est fréquente.

I : Hmm. Autre chose ?

M3 : Ce que je pourrais dire aussi, c'est qu'il m'arrive de voir des patients que je

ne suis pas, qui sont en vacances, ou que leur médecin ne peut pas recevoir pour un problème, donc que je ne connais pas, euh.... Qui me demandent à l'occasion de renouveler l'antidépresseur pour 3 mois. Et là moi je leur dis « ben non, attendez, euh, pourquoi vous le prenez ce traitement, il faut réévaluer, quoi, que je ne vous connais pas suffisamment ». Et quand on me dit, que d'habitude, leur médecin leur renouvelle comme ça tous

les 3 mois, sans les voir, et bien je suis étonné. Renouveler pour renouveler, ça ne me plaît pas. Mais parfois j'ai l'impression que certains médecins ne réévaluent pas assez le traitement, et euh, le banalise un peu. Voilà, je suis peut être sorti du sujet.

I : Merci.

M3 : Pas de problème.

Entretien n°4 : le 19/02/2017, 9 min

I : Qu'évoque, chez vous, le thème de l'arrêt des antidépresseurs en médecine générale, dans un contexte d'épisode dépressif caractérisé d'un adulte de 18-75 ans ?

M4 : Ben moi je trouve que c'est de plus en plus difficile à arrêter, surtout avec la nouvelle classe de médicaments les ISRS, je pense qu'on a de plus en plus de mal à arrêter les antidépresseurs, euh... enfin je pense qu'on a tendance à les prolonger assez longtemps, de plus en plus je trouve.

I : Parce que c'est difficile à arrêter ?

M4 : Parce que c'est difficile à arrêter, parce que le patient est parfois réticent, parce qu'il y a des récurrences...

I : Euh... Oui... euh... Vous craignez la récurrence ?

M4 : Oui voilà

I : Avant, vous les prolongiez moins longtemps ?

M4 : Ben disons, avant on disait, sur une dépression, on partait dans l'idéal sur 6 mois, dans l'idéal, c'était ça.

I : Maintenant, vous euh... vous ne savez pas quand les arrêter ?

M4 : Oui. Et bien c'est ça qui est difficile justement. Est-ce que c'est vraiment le moment. Comment savoir, que c'est le bon moment ? Avant, avant ok, on disait 6 mois minimum, bon et bien c'est un minimum quoi. Et puis les gens sont quand même confortables avec ce genre de traitement, ils ont l'air plutôt bien. C'est pas simple.

I : Donc, euh... vous avez, heu... des hésitations ?

M4 : Ouais, et partagées par le patient. Les gens... autant les gens ils auront des réticences à le prendre, autant après ils ont du mal à l'arrêter.

I : Pourquoi ont-ils du mal selon vous ?

M4 : Ils sont rassurés par la prise de ce médicament, je suppose que c'est parce que cela leur fait du bien.

I : Alors, comment se décide l'arrêt du traitement ?

M4 : Oh et bien, j'ai pas de protocole particulier, je m'adapte. Je fais confiance au patient surtout. Après ça dépend si il y a eu un épisode avant, ou si c'est récurrent, là bon l'arrêter c'est encore plus compliqué. Si c'est un premier épisode, si c'est une dépression réactionnelle, une fois qu'on est à distance

de l'événement qui a provoqué, on, on, on, on essaiera de sevrer. Mais euh, si c'est une dépression sur un terrain anxieux ou névrotique c'est plus délicat.

I : Un terrain anxieux avec la dépression, heu...

M4 : Oui, c'est souvent intriqué, alors, quand il y a un terrain anxieux, ces patients, et bien... ils ont besoin de quelque chose, ils ne sont jamais sur d'eux, et là, c'est difficile de se lancer dans un arrêt du traitement.

I : Et dans le cas d'une dépression réactionnelle, c'est plus simple ?

M4 : Ben oui, euh si on est suffisamment à distance du problème, il y a des patients prêts à arrêter. Mais c'est pas la majorité... Ce n'est pas la majorité. Non. Il ne me semble pas.

I : Généralement, ils ne sont pas prêts, c'est ça ?

M4 : Oui voilà, même pour des dépressions réactionnelles, c'est pas si simple. Ils se sentent bien sous traitement, ils hésitent, donc est-ce qu'il faut l'arrêter... Moi je les écoute, s'ils me disent qu'ils ne sont pas prêts, je fais confiance.

I : Hmm. Et donc, euh... vous mettez ces difficultés en lien avec les ISRS ?

M4 : Ben c'est-à-dire, moi heu... ben depuis qu'on a les ISRS, on en donne plus il me semble, parce que c'est bien toléré, et c'est efficace quand même. Et euh moi je fais le parallèle avec les IPP, les gens ressentent un confort qu'ils n'avaient pas avant, parce que ça agit sur la dépression, ça agit sur l'anxiété généralisée, et je pense qu'ils sentent un confort, et qu'ils le continuent. Eeeeet, on voit souvent des gens qui le prennent de façon définitive. Alors que ce n'était pas mon schéma au départ, moi j'étais parti sur 6 mois au départ, et puis réévaluer, et puis bon. Certes il y en a qui rentrent dans ce schéma, et il y en a que j'arrive à sevrer, mais il y en a pas mal qui continuent. Bon souvent ce sont des gens qui ont récidivé, mais pas seulement. Il y en a qui se sentent bien avec une petite dose, une dose sous-dosée. Mais c'est lié à cette classe de toute façon, les ISRS, ils sont bien tolérés donc...

I : D'accord.

M4 : Voilà.

I : Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche pour arrêter l'antidépresseur ?

M4 : Euh, moi je fais par doses régressives.

I : D'accord, c'est-à-dire.

M4 : Ben moitié dose, par paliers. Et puis ça dépend, il y en a que je préfère diminuer plus doucement euh, je pense, euh au Deroxat... Et je demande au patient de m'appeler, ou de revenir, si euh ça va pas.

I : Il y a des antidépresseurs que vous diminuez plus doucement ?

M4 : Oui, euh, la Paroxétine, ça donne pas mal de vertiges, il me semble.

I : D'accord. Vous m'avez parlé de paliers ? c'est-à-dire ?

M4 : Ben je le laisse à mi dose 1 à 3 mois, et puis ensuite, ben j'arrête, ou alors, euh, je passe à un jour sur deux... ça dépend. Je n'ai pas de protocole précis.

I : Ça dépend de quoi ?

M4 : Et bien toujours de l'état du patient, et de sa demande aussi.

I : D'où vous vient cette façon de faire ?

M4 : Ben euh, je ne sais pas trop. Je n'ai pas eu de formation particulière là-dessus. Des formations sur la dépression il y en a, mais sur l'arrêt, euh, je n'en ai pas souvenir.

I : Quelles difficultés avez-vous dans votre démarche ?

M4 : Je n'ai pas forcément de difficultés dans la démarche. Par expérience, c'est comme ça que je fais. Moi je m'adapte au patient. Je leur dis de m'appeler en cas de problème.

I : Quels problèmes ?

M4 : Et bien, des syndromes de sevrage, des vertiges, des choses comme ça, des maux de tête.

I : Et ça rend, euh... l'arrêt compliqué ?

M4 : Généralement, ça ne pose pas de souci majeur, non... je leur dis qu'on diminuera encore plus doucement voilà.

I : Quelles aides pourrait-on vous apporter ?

M4 : Hmm je ne sais pas trop euh... Moi, en matière de la dépression, nos références sont les psychiatres, qu'on, qu'on sollicite peu, parce qu'on est à la campagne, parce que c'est pas simple. Et moi, je... euh... bon... ils font n'importe quoi !! (rire interviewer) Non mais c'est pas péjoratif hein, moi je pense à une réunion que j'ai eue, sur les bipolaires, surtout, surtout ne pas donner d'antidépresseurs, et ces patients, ils

passent en psychiatrie, ils ressortent tous avec des antidépresseurs, alors que c'est une contre indication. Euh... ils associent des antidépresseurs de la même famille, enfin, chacun à sa petite recette, donc on est encore moins dans les protocoles ou dans les algorithmes, je ne sais pas si tu en as fait l'expérience (rires). Non en psychiatrie, on n'a pas de référence, ils font chacun leur petite cuisine. En fait, on a très peu de référentiel.

I : Ca vous aiderait ? Des outils, des référentiels ?

M4 : Oui, pourquoi pas, comment savoir qu'on peut enfin arrêter. Et puis quel suivi ? Pas facile de répondre à ces questions je pense, il y a pleins de cas différents. Ah, moi je suis demandeur de formation sur le sujet, ou surtout d'une réflexion. Est-ce qu'il n'y a pas d'effets délétères lors d'un traitement au long cours ? Moi s'il n'y a pas d'effets délétères, pourquoi pas... finalement ce ne serait pas si dérangentant que ça... Enfin je me pose des questions, par rapport à ça.

I : Avez-vous autre chose à ajouter ?

M4 : Ca passe à la radio (rires) ?

I : Non (rires). Merci à vous.

Entretien n°5 : 20/02/2017, 17 min

I : Que vous évoque le sujet de l'arrêt des antidépresseurs d'un adulte de 18-75 ans, dans le cadre d'un épisode dépressif majeur ?

M5 : (silence)

I : Que pouvez-vous me dire sur le sujet ?

M5 : Sur l'arrêt des antidépresseurs ?

I : Voilà

M5 : C'est difficile. En médecine générale. C'est un sujet compliqué entre ceux qui veulent jamais arrêter parce que, euh, ils ont pris conscience de leur problème et qui, et qui, heu... donc heu... ils se sentent mieux sous traitement et veulent absolument le poursuivre même si c'est un premier épisode, même si, heu, on est peut être hors recommandations, et puis, heu, l'autre problème, c'est heu, les sujets qui, heu, chez qui on a posé un diagnostic d'état, heu, de dépression, enfin, je cherche le terme... bref... de dépression on va dire, et qui prennent le traitement un peu à reculons, et qui l'arrêtent d'eux mêmes, ils font un peu n'importe quoi avec leur traitement, parce qu'ils le reprennent, l'arrêtent, heu. Pour moi, ce n'est pas une situation très simple, heu, l'arrêt des antidépresseurs.

I : D'accord, donc pour vous,

M5 : Disons que ce que ça m'évoque, c'est aussi l'inobservance, du traitement .

I : Vous m'avez dit que vous vous sentiez hors recommandations ?

M5 : Oui, oui, oui, parce que je pense que par moment, on maintient des traitements, parce que le patient a peur de rechuter.

I : D'accord.

M5 : Alors que je ne suis pas sûr qu'il ait des arguments qui me permettent de penser qu'il va forcément rechuter.

I : Hmm.

M5 : Il y a des dépressions que je qualifierais disons de, euh, d'endogènes, euh... des mal êtres chroniques, qui ont des traitements au long cours, euh... maintenus de façon filée, souvent suivis par un psychiatre, mais la plupart sont des dépressions réactionnelles, des burn out, des choses comme ça, et ou, heu, ben des fois on maintient des... des traitements ne sont pas arrêtés parce que le patient a peur de revivre la situation.

I : D'accord.

M5 : Et n'a pas le, la, le, je sais pas si le patient n'est pas assez critique envers lui-

même, pour se dire heu, oui, réalisons, j'ai changé de travail, et ou d'épouse (rires), je sais pas, et donc ma vie a pris une nouvelle orientation j'ai repris un élan vital, j'ai plus besoin d'antidépresseur.

I : D'accord. Il anticipe la rechute.

M5 : Oui, oui tout à fait, ils anticipent toujours une rechute. Pas forcément que la rechute va venir, mais la possibilité. Je vais peut être rechuter et je ne veux pas ressentir ça.

I : D'accord.

M5 : Et alors, on fait une négociation. On n'arrive pas à les arrêter, donc on essaie de trouver la plus petite dose, ce qui permet de, de satisfaire (rires) le médecin dans son envie d'arrêter le traitement et puis le patient dans son envie de le garder quoi. C'est une négociation presque, mais c'est difficile. L'idée c'est que si le patient est vraiment dans le refus d'arrêter le traitement antidépresseur, il... on sait très bien que dans notre système, il peut très bien aller sonner à la porte du voisin, et dire au cabinet d'à côté, ben voilà j'ai besoin de ce traitement, je suis de passage et j'ai besoin de le renouveler. L'idée c'est quand même de garder le contrôle de la prescription, c'est-à-dire, heu, je peux soit m'en débarrasser, et puis après tout il ne

veut pas l'arrêter, et puis bon ben tant pis, moi je suis en désaccord, c'est ma pratique, et être un peu rigide sur mon attitude, au revoir monsieur, et puis débrouillez-vous. Mais c'est peut être plutôt de faire en sorte de garder le lien, et là travailler progressivement.

I : Hmm. Et vous, vous avez des craintes à l'arrêt du traitement ?

M5 : Non, non, moi je ne crains pas la rechute. C'est plutôt le patient qui a cette crainte.

I : Vous avez des hésitations à l'arrêt ? Lors de la décision ?

M5 : C'est pas ma décision qui pose problème, plutôt celle du patient. Si moi je crains la rechute, c'est sur des critères qui me font penser qu'il peut rechuter, et donc non je n'arrête pas le traitement. Par contre, dans le cas de dépressions, plutôt réactionnelles, quand ils ont repris un élan vital, ils sont revenus à un état antérieur, heu, là je n'ai pas à la craindre... Alors c'est surtout lui, le patient qui craint cette rechute. Effectivement, ça peut toujours arriver, mais alors on n'arrêterait jamais les antidépresseurs (rires).

I : D'accord.

M5 : Je pense essayer de faire le tri entre euh, les patients en dépression réactionnelle à un événement de vie, hein, deuil, perte d'emploi, et cetera. Et puis, heu effectivement, certains patients, ça peut paraître un peu plus compliqué... certains ont récidivé par le passé, leur histoire est complexe, ils ont aussi eu plusieurs pépins... On ne peut pas tous les mettre dans le même panier.

I : La décision est plus difficile dans certaines situations ?

M5 : Euh... beaucoup de facteurs sont à prendre en compte. Il faut bien connaître le patient, l'environnement dans lequel il vit, son entourage, pour déterminer l'arrêt. Quand on suit des gens depuis 25 ans, on connaît les histoires familiales, on sait qu'il y a des familles où, euh, il y a des terrains dépressifs sévères

I : D'accord.

M5 : Mais, euh... dans la majorité des cas, euh, ce n'est pas ma décision qui pose problème. Si je suis dans une dépression réactionnelle, bon ben voilà, c'est un deuil, un deuil qui se prolonge, au-delà, d'une période qu'on estime comme entre guillemets normal de deuil, le patient a du mal à s'en sortir, on fait un contrat de 6 mois, voilà, et donc je n'aurai pas de heu...

Soit 6 mois plus tard, je retrouve des éléments qui me font penser qu'il n'est pas sorti de sa dépression ou qu'il reste encore des événements heu partiels qui font qu'il ne va pas bien ben je poursuivrai.

I : Pas de freins personnels, organisationnels ?

M5 : Non, non... Non

I : Et donc, euh... vous m'avez dit que vous faisiez un contrat de 6 mois ?

M5 : Oui. Voilà. Ou plus, en fonction des problèmes, des, de de de de, des recommandations, du nombre de récurrences, enfin, voilà. Et donc au bout de ces 6 mois, je commence à demander au patient à réfléchir à comment il se sent. Comment la situation heu... voilà comment elle était au début, et que ce serait bien peut être qu'on réfléchisse à peut être, heu, au fait que, heu, je pense qu'il est mieux, je lui donne des éléments qui me font penser qu'il est mieux... voilà ce que j'avais noté dans la fiche, etc. Je lui demande de réfléchir si ce ne serait pas l'occasion d'envisager, la prochaine fois qu'il revient me voir, une réduction du traitement, ou éventuellement un arrêt.

(Interruption téléphonique)

I : Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M5 : Alors heu, la démarche c'est proposer une diminution progressive du traitement au patient, et évidemment de lui proposer de se revoir, heu.....

I : Quand vous dites progressive, heu, c'est comment, vous pourriez développer ?

M5 : Quinzaine. Je fais des paliers de 15 jours, pour laisser le temps, parce que souvent, heu, pour ne pas effrayer le patient, déjà, euh, le moins possible, et je fais des paliers de 15 jours. Voilà.

I : Généralement c'est ça...

M5 : Voilà, généralement, c'est ça, je peux citer un médicament ?

I : Oui.

M5 : Un médicament très utilisé, le Seroplex à 20 mg la dose standard, ce médicament est intéressant, parce qu'il a un dosage à 15 à 10 à 5, donc heu, j'utilise, je fais des paliers, je modifie, tous les 15 jours, de 5 mg. Voilà, tranquillement, comme ça je l'arrête en 2 mois ce médicament là. Et je fais pareil, en gros avec tous ces ISRS heu, à 20 mg, quoi, la paroxétine ou autre. De toute façon c'est les produits que je prescris le plus, heu.

I : Vous m'avez aussi dit que vous le revoyiez ?

M5 : Je lui propose de venir me voir.

I : Quand ?

M5 : Au bout d'un mois. Je lui dis, si tout se passe bien à 15mg, vous passez de 15 à 10mg, et je vous revois là. Je les revois au bout d'un mois. Après ils savent que si ils se sentent pas bien dans la diminution, euh si dans la première ou deuxième quinzaine ils ne se sentent pas bien, ils peuvent revenir me voir à tout moment. Mais en général, entre 2 rendez-vous il y a un palier.

I : D'où vous vient cette démarche ?

M5 : Oh, et bien, je fais progressif, parce que c'est écrit partout qu'il faut être progressif, et c'est, c'est une idée que je partage. Après dans la façon de s'y prendre, c'est une habitude.

I : Quelles difficultés identifiez-vous dans votre démarche ?

M5 : Parfois, on n'y arrive pas complètement. On se rend compte que le patient euh, est fragile, alors j'essaie de le laisser à un palier, où il était mieux, voilà, hein, puis on diffère l'arrêt bien plus tard, 4-5 mois, 6 mois plus tard... Après des difficultés... pas tant que ça.

I : Mais parfois, à partir d'une certaine dose, ça vous paraît difficile.

M5 : Ben euh c'est un fait. Oui on peut dire que c'est difficile de réussir l'arrêt, c'est de nouveau des doutes qui apparaissent chez le patient. Alors ben tant pis je ne peux pas descendre en dessous de 10 mg, mais c'est bien, on reste à 10 mg, je suis content. Ca peut arriver, certains ont du mal à décrocher. Alors ceux qui sont très difficiles à sevrer, sont ceux qui au départ ont une composante anxieuse, hein. Souvent des anxieux, à la base, qui un jour font une dépression réactionnelle, ceux là, sont difficile à sevrer, ouais.

I : Vous pouvez développer ?

M5 : Ils craignent encore plus la rechute, ils sont beaucoup dans l'anticipation. Je ne parle pas des gros troubles anxieux, mais de personnes, qui ont toujours été un peu anxieux, sans répercussion notable, et qui un jour basculent dans la dépression, oui, là c'est difficile.

I : D'accord

M5 : Ils s'accrochent à la chimie. Et finalement, même heu dans une dépression réactionnelle, ça devient difficile. Ce qui leur faudrait, c'est

quelques séances de psychothérapie, pour les aider, les soutenir. Ce qu'il nous manque c'est que la sécurité sociale, un jour, prenne en charge un certain nombre de consultations de psychologue, parce que les psychiatres sont surbookés, je pense qu'on réserve aux psychiatres les patients graves, les dépressions sévères. Sur des dépressions réactionnelles, je dirais, moi ce qui m'aiderait c'est d'avoir, de pouvoir avoir quelques consultations auprès d'un psychologue, ouais, ouais, ouais, je pense que ça permettrait effectivement de diminuer les appréhensions qu'ils peuvent avoir à l'arrêt du traitement. Alors certains patients l'acceptent, hein, quand je leur propose, mais il leur faut les moyens financiers... il faut les rassurer, je, je... de dire, bon moi, je vous sens mieux, heu, je pense que maintenant la chimie a fait son travail, elle a remonté le niveau de vos hormones du bien vivre, qui vous permettent de mieux vivre, d'avoir un élan vital, mais j'ai bien compris euh, vous avez des doutes, des craintes, c'est normal, euh, peut être... peut-être qu'il vous faudrait voir un psychologue. Je leur propose, ça peut les aider.

I : Donc les psychothérapies seraient une solution pour diminuer les craintes que le patient pourrait avoir ?

M5 : Oui, oui, oui je, heu, oui, oui, oui, voilà. Et ça permet aussi d'éviter des arrêts euh... de consolider le traitement. Parce qu'aussi, un des problèmes que l'on a, c'est que dès qu'il va mieux, le patient, il veut arrêter, souvent. Et là on va se battre pour continuer, et et et et là, souvent, on aurait besoin d'un psychiatre, ou d'un psychologue, pour étayer la nécessité du traitement, et voir comment on va se sortir de ça.

I : D'accord.

M5 : Voilà. C'est vrai que moi, je travaille souvent avec un ou deux psychologues, et on se met d'accord sur l'arrêt du traitement. Oui, c'est vrai que je l'ai pas dit au début, mais c'est vrai, je le fais ça.

I : D'accord. Y-a-t-il d'autres choses qui pourraient vous aider, en plus de, heu, faciliter l'accès aux psychologues ?

M5 : Peut-être que des formations, ou des diplômes... Moi j'en ai fait des formations de un deux jours sur la dépression, mais peut être aller un peu plus loin, sur la psychothérapie, aller un petit peu plus loin, sans être dans une formation de

psychiatre, mais. Encore que, en médecine générale, en milieu rural, vous avez tout qui arrive, hein, tous les événements de vie, oui on a une grosse partie de notre activité d'écoute et de réassurance. Oui, oui, il y a une grosse partie de patients fonctionnels, enfin là on sort du cadre de la dépression, mais je pense qu'un DU de psychosomaticien, parce que, il y a énormément de symptômes, dans la médecine traditionnelle, où on se rend compte dans la pratique, la réponse elle est pas médicamenteuse. Des fois le patient, c'est tout ce qu'il demande, il est content, il a de l'aubépine, c'est tout ce qu'il demande, il veut pas rentrer dans des questions, qui heu, qui l'inquiètent, il veut juste un remontant.

I : D'accord... Ca vous intéresserait, une formation plus accès sur la psychothérapie.

M5 : Oui, pourquoi pas.

I : Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter ?

M5 : Heu... Ben heu, moi ce que je dirais, ben heu, c'est que maintenant, c'est le médecin généraliste qui prend en charge la dépression, à part certaines dépressions, de, de, de, limite, que je qualifierais de, de, de psychotique, enfin je

veux dire, on prend en charge la plupart des dépressions.

I : Je vous remercie.

Entretien n°6 : 07/03/2017, 13 min

I : L'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un EDC d'un adulte de 18-75 ans. Qu'est-ce que cela vous évoque ? Que pouvez-vous me dire là-dessus ?

M6 : Sur l'arrêt des antidépresseurs ? Oui, c'est pas quelque chose qu'on fait tout le temps, moi ça me fait penser plutôt à des épisodes d'un adulte plutôt jeune, pas très âgé, pour lequel on va, s'il y a une dépression plutôt réactionnelle à un problème particulier, et pour lequel on va partir sur un objectif de quelques mois de traitement et de l'arrêter ensuite.

I : D'accord.

M6 : Quand, en fait quand je l'initie moi-même et que je l'arrête moi-même.

I : Vous avez toujours en tête l'objectif de l'arrêt dès l'initiation du traitement...

M6 : Oui parce que c'est une demande du patient souvent de dire, « je veux pas m'y habituer », etc. Donc on part sur, on va traiter 6 mois par exemple, voire un an, puis on l'arrêtera progressivement. Si on

est dans le cadre d'une dépression avec un problème qui a été résolu, ou du moins digéré, il faut au moins 6 mois. Bon des fois c'est pas aussi mathématique, hein.

I : C'est pas mathématique ?

M6 : Ah ben non, ça dépend du contexte. Les problèmes sont différents, les patients aussi sont différents. Il faut qu'il y ait une motivation du patient, une concordance de bonnes choses dans son environnement, enfin voilà. Ça dépend beaucoup de lui hein. Moi j'essaie de voir s'il va réellement bien, le connaissant, à sa manière de parler, de ce qu'il me dit, euh... j'évalue son sommeil, son bien être.

I : D'accord.

M6 : Et donc certains semblent prêts, d'autres moins... Mais après, euh... S'il me dit c'est bon, s'il est motivé, je lui fais confiance, on se lance, on verra, et généralement, ça fonctionne bien dans ces cas là.

I : D'accord. Quelles craintes avez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ?

M6 : Oh, ouf... au niveau du médecin, disons, ma crainte, c'est euh la rechute ? La rechute.

I : Hmm...

M6 : Disons que... arrêter un antidépresseur, c'est quelque chose qui me motive plutôt, dans ce contexte là. Je parle pas chez des patients très chroniques qui l'ont depuis des années et des années, ça va être plus compliqué. Quand on parle de cette situation là, de dépression réactionnelle, généralement bon, ça se passe bien en général... mais il y a toujours une crainte, qu'il y ait une rechute, et des angoisses, qu'il faille revoir le patient et qu'il n'aille pas bien.

I : D'accord.

M6 : Après, et bien euh... Si le patient hésite, souvent, je ne m'acharne pas trop. J'ai l'impression que quand il hésite, ça va mal se passer, même si c'est que de l'appréhension.

I : Il hésite à propos de quoi ?

M6 : Il appréhende ben, de, de, de, ben à nouveau pas aller bien, d'être à nouveau soit anxieux, soit déprimé. Même si des fois, il pourrait l'arrêter, je pense, mais il appréhende. Mais peut être qu'il y a des

événements dans le quotidien qui vont pas, hein.

I : Et vous concernant, quelles peuvent être vos hésitations à l'arrêt du traitement ?

M6 : Ben euh, il y a toujours un risque, donc on ne peut jamais être sûr, c'est vrai.

I : Vous n'êtes pas sûr ?

M6 : Ben... je le fais, hein, je ne pense pas que... si le patient me dit que c'est bon, et bien voilà. Bon mais les situations sont très variées, c'est pas simple, c'est pas un rhume, hein.

I : Il y a des situations où la décision est plus difficile ?

M6 : Heu... Oui ben les patients qui en prennent depuis longtemps. Alors, ben pff, ceux là, comme je suis installé depuis 6 ans, j'ai repris une patientèle avec des gens qui sont traités depuis 5, 10, 15 ans par un Déroxat, enfin une paroxétine, ou autre, là je ne me lance pas trop, disons pas si souvent que ça à l'arrêter en tout cas, voilà.

I : D'accord.

M6 : S'il y a la demande du patient, je le motive à le faire, mais généralement ces patients là, c'est rare. Au début, quand j'ai repris la patientèle, quand on reprend les

ordonnances, ces patients, je leur posais la question souvent, mais il faut croire qu'ils ont aussi leurs habitudes. Pour certains, je me suis posé la question d'arrêter et de la, heu, justification du traitement, mais euh... je ne sais pas... disons qu'ils n'ont plus l'habitude de parler de leur heu, problème, j'ai l'impression que c'est acté, pour eux, le traitement, ils doivent le prendre, ils l'ont toujours eu... et puis bon au bout d'un moment, bah, on se dit, ben ils sont bien comme ça, je, je, je ne peux plus changer. Après, bon ça ne me semble pas être un problème s'ils doivent prendre un antidépresseur pour équilibrer une situation. Mais ont-ils vraiment une dépression chronique, et le traitement peut être justifié, ou ont-ils cette étiquette de patient dépressif, sans qu'ils le soient véritablement, ont-ils toujours besoin de ce traitement, est-ce qu'on peut l'arrêter, c'est très difficile à dire... Alors euh, on discute, mais bon finalement, voilà, pour eux, c'est acté, ils doivent le prendre, et ne me parlent pas trop de leur ancien problème. C'est difficile, quand on n'a pas initié le traitement. Après ça m'arrive d'essayer forcément, mais là c'est assez compliqué à réussir, on n'arrive pas à l'arrêter comme on veut.

I : Ah...

M6 : Alors, du coup, ben heu en général, j'essaie d'avoir un appui avec un psychiatre, pour avoir un avis sur le traitement, mais ça n'entraîne pas forcément un arrêt là pour le coup (rires). Après bon pour arrêter, globalement, je pense qu'il faudrait un soutien psychologique, en fait, un peu globalement, sur la prise en charge psychologique en France, c'est heu, bref. Il nous faudrait des psychologues qui soient remboursés.

I : Ça aiderait à l'arrêt du traitement.

M6 : Oui, que ce soit à l'arrêt, ou avant. Parce que les antidépresseurs ne sont pas la pilule miracle, et parce que je ne me considère pas du tout psychothérapeute.

I : Hmm hmm...

M6 : Et effectivement, s'il y a un appui psychologique, on sera plus enclin à le faire.

I : Sans psychothérapie, c'est plus difficile ?

M6 : A mon avis, euh... s'ils n'ont pas fait de travail avec un psychologue, euh, c'est moins stable, c'est plus à risque, euh... enfin je pense. C'est plutôt rassurant quand il y a une psychothérapie.

I : D'accord. Pas d'autres freins ? Euh... des freins personnels, organisationnels ?

M6 : Euh non, je crois pas.

I : Alors, quand votre décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M6 : Ben du coup, ben je leur dis, euh, par exemple, heu s'il faut un exemple de posologie peut être ? Moi j'utilise plutôt la Paroxétine. Ben je leur dis demi-dose s'il prenait un, puis après demi dose un jour sur deux. La plupart des personnes arrivent à l'arrêter comme ça, même si c'est pas ma spécialité la psychiatrie, et que c'est un exercice que je ne fais pas souvent. Et après, il y en a chez qui je vais l'arrêter encore plus doucement, chez les personnes justement chez qui il y a une petite appréhension. Alors au niveau pharmacologique, je ne sais pas si c'est scientifiquement prouvé, mais j'ai l'impression qu'ils adhèrent plus.

I : Autre chose ?

M6 : Alors euh... j'aime bien qu'ils restent soutenus psychologiquement aussi. Enfin... Pour certains, je préfère qu'ils continuent. Qu'on n'arrête pas tout en même temps, et puis ça permet de gérer les problèmes anxieux qu'ils peuvent avoir.

I : D'où vous vient cette démarche ?

M6 : Heu, des souvenirs des cours de pharmacologie, je me souviens qu'il ne faut pas les arrêter d'un coup, après je ne me rappelle pas avoir eu des cours qui nous disent exactement comment faire, clairement, donc c'est un peu à la sauce, selon comment je sens le patient. Après si il y a une appréhension, mais qu'ils sont un peu partants, je leur dis, ben faites une diminution de la posologie, on se revoit dans un mois et vous me dites comment ça s'est passé, voilà. Je ne les laisse pas forcément dans la nature sauf bon les patients qui me disent directement bon ben ça va, je vais les arrêter, oui qu'ils ont la motivation eux-mêmes. Alors je leur laisse un schéma de diminution sur l'ordonnance, et puis ils viennent me voir s'il y a un souci, en leur disant que la porte est ouverte, sans leur fixer un rendez-vous. Mais après, je me base sur aucune recommandation, enfin, je crois pas.

I : Quelles difficultés avez-vous dans votre démarche ?

M6 : Et bien, parfois, même quand ça pourrait être simple, j'ai l'impression que... ce qu'il se passe chez les patients à des petites doses, alors je leur fais faire un arrêt progressif, bon voilà bien sûr, et heu... quand on est sur des doses qui ne deviennent plus efficaces, heu sur la

dépression pure... alors peut être sur l'anxiété, finalement... ils restent avec cette petite dose, est-ce que c'est un effet placebo. Souvent ils sont peut être un petit peu anxieux. J'en ai des gens qui prennent depuis longtemps des petits Seroplex 5 depuis longtemps... ou des petites doses de citalopram, de paroxétine. Parce que quand ils prennent un demi comprimé tous les 2 jours, ils n'y arrivent plus, ils le gardent, leur demi. Quand ça coince, alors que ça pourrait être simple, alors c'est sur cette appréhension que ça coince.

I : Au vu des difficultés rencontrées, quelles aides pourrait-on vous apporter ?

M6 : Ben, heu, je l'ai dit, en fait, euh des psychothérapies. Pour le moment, c'est pas remboursé, et euh... ou alors, il y a le CMP, mais dans notre secteur, euh, ils sont overbookés, ils sont débordés. Donc ceux qui ne sont pas considérés comme étant graves, ils ne les prennent pas en charge au niveau du suivi psychothérapeutique. On a quand même des psychiatres sur notre ville, qui ne prescrivent quasiment pas, et qui font des psychothérapies, ça c'est une chance, mais c'est pareil, ils ont beaucoup de travail

I : D'accord. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M6 : Ben euh, parfois, je me suis rendu compte qu'on devait y revenir. En tout cas chez des personnes, chez qui, même d'eux mêmes ils se sentent bien ils veulent l'arrêter, on l'arrête, ça se passe bien, mais au bout de quelques mois il suffit qu'il y ait des petits événements familiaux, heu, ou professionnels, un peu récurrents, et dès que ça va un peu moins bien, pas forcément une grosse dépression, hein, ils reviennent avec cette demande de reprendre. Ils vont avoir ce réflexe de reprendre le truc qui leur avait fait du bien. Ils préfèrent ça à une psychothérapie. Donc on reprend... Mais après, alors est-ce qu'il faut leur garder tout le temps, ou faire des phases comme ça.

I : Vous ne savez plus si vous devez l'arrêter ?

M6 : C'est plus compliqué. Je le fais un peu plus tard, mais on sent qu'on va peut-être devoir y revenir... Donc effectivement, je ne sais pas ce qui est le mieux. C'est pour ça que je préfère qu'ils continuent au moins une psychothérapie.

I : Autre chose ?

M6 : Euh, non, non... Voilà mon expérience (sourit).

Entretien n°7 : 08/03/2017, 13 min

I : L'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé d'un adulte de 18-75 ans. Qu'est-ce que ce thème vous évoque ?

M7 : L'arrêt du médicament.

I : Oui ce que vous pouvez me dire la dessus ?

M7 : Oh, ben il y a des cas différents, c'est certain, hein, heu... il y a des gens qu'on a mis sous antidépresseurs, qu'on pourra sevrer, puisque ça correspond à un épisode, donc pour ça, ça pose en général peu de problèmes encore que... bref. Il y a des patients pour lesquels l'antidépresseur paraît être inscrit plus au long cours, et pour lesquels ça peut être un petit peu plus compliqué d'arrêter le traitement, sans une discussion, sans une évaluation, heu, de l'état de l'humeur. Et puis, il y a heu, les malades, heu chroniques, hein, les gens qui souffrent de névrose de psychose au long cours pour lesquels les antidépresseurs, heu, c'est plutôt rare que j'arrête les

antidépresseurs dans ce cadre là, je pense qu'il ne faut pas.

I : D'accord. C'est du cas par cas.

M7 : Voilà, il y a pleins de cas différents. Donc en général, euh... Il faut être prudent, il faut attendre que les choses soient complètement euh, revenues dans l'ordre, avant d'envisager l'arrêt du médicament.

I : Que les choses soient complètement revenues dans l'ordre.

M7 : Ben euh, oui, la dépression, ça impacte tous les critères de la vie quotidienne hein euh, l'humeur à la maison, le travail, la reprise d'une activité professionnelle, la reprise d'activité en dehors du travail, heu, les rapports sociaux est-ce qu'ils se sont normalisés, et puis bon...

I : Hmm.

M7 : Alors moi j'utilise beaucoup les échelles d'évaluation, pour avoir des critères objectifs donc heu, ça peut m'aider avec certaines échelles.

I : Des échelles ?

M7 : Oui, heu, essentiellement l'échelle MADRS, bon ben c'est un outil parmi d'autres hein.

I : D'accord. Autre chose ?

M7 : Et il faut une durée d'au moins 6 mois de traitement aussi, c'est important. Donc ça, on prévient quand même.

I : D'accord. Quelles craintes pouvez-vous avoir à l'arrêt des antidépresseurs ?

M7 : Ben les craintes heu, le syndrome de sevrage. La reprise des symptômes éventuellement aussi, de la dépression, heu...

I : Ca vous freine, pour arrêter, heu...

M7 : Non, ce qui peut impacter, c'est heu la peur d'une reprise plus importante des symptômes, voilà, une aggravation, ça peut m'arriver d'hésiter à arrêter un antidépresseur trop tôt.

(silence)

I : Et donc des fois vous hésitez euh à l'arrêter trop tôt ? La décision est difficile, ou...

M7 : Ben euh, ce sont des patients qui gardent une certaine fragilité, j'essaye d'appréhender cette fragilité même si parfois le patient peut s'estimer guéri. Il reste vulnérable quand même.

I : Euh oui d'accord. Quels freins identifiez-vous à l'arrêt du traitement ?

M7 : Ben heu, ça répète un peu la question d'avant, non ? Ben heu, heu, moi je prends la décision avec le patient. Ben des fois, heu ça peut être le patient le frein, mais rarement en fait. Je me rends compte que c'est rarement le patient qui est à l'origine de difficultés. Ce sera surtout moi, ou les peurs que j'évoquais.

I : Le patient n'est généralement pas un frein à l'arrêt.

M7 : Heu, non c'est rare. Enfin... tout dépend, les personnes qui prennent des antidépresseurs depuis de nombreuses années, oui, pour eux c'est difficile, il y en a quelques uns qui sont très attachés à leur médicament, mais le patient qui fait un épisode dépressif, heu, ben finalement c'est plutôt moi le frein, dans la décision, car souvent le patient, il est prêt à arrêter. Il y en a certains qui ont envie de se débarrasser du médicament, parfois un peu trop tôt, en tout cas on imagine un peu tôt. Alors, c'est peut être moi, finalement qui me mets des freins, c'est peut être moi en fait, en y réfléchissant.

I : Vous vous demandez si vous n'arrêtez pas le traitement trop tôt.

M7 : Oui, voilà.

I : Des freins personnels, alors ?

M7 : Je ne sais pas, plutôt oui heu...

I : Parce que, heu, ils restent fragiles ?

M7 : Oui peut être, selon moi ils ne sont jamais indemnes après une dépression. On voit bien qu'il y a des dépressions chroniques, d'autres saisonnières, d'autres qui surviennent à la moindre difficulté.

I : Et...

M7 : En fait c'est compliqué et difficile comme question parce que ça dépend de pleins de choses.

I : Hmm, d'accord. vous ...

M7 : En fait les cas sont tellement différents, et puis on suit des patients qui ont des antidépresseurs, pff... On suit pas les gens depuis leur début de la maladie jusqu'à la fin, hein, il y a pleins d'intervenants qui jouent dedans, parfois des suivis avec des psychiatres, parfois un ancien médecin traitant, on n'est pas les seuls à intervenir dans leur maladie la plupart du temps. C'est vrai qu'on est amené à les prescrire, à les arrêter, mais heu.... Voilà tous les patients sont différents, ils n'appréhendent pas le

traitement de la même manière. Il y en a chez qui ça a été d'une réelle aide, une réelle bouée de sauvetage, ils n'étaient vraiment pas bien, donc oui, on hésite, on est prudent. Il y a des patients qui ont des traitements depuis plusieurs années, la question de l'arrêt est plus difficile. Voilà. Ils sont tous différents.

I : Bon. Une fois que votre décision a été prise, votre démarche, vous pouvez me la décrire ?

M7 : Là comme ça, ben heu, je dirais, on décide d'arrêter le traitement, on va commencer par heu, si c'est possible éventuellement, alors ça va dépendre des patients, hein, de, de, de, des patients. Je vais faire l'arrêt plus ou moins progressif, selon qu'ils ont eu des antécédents de syndrome de sevrage, à l'arrêt d'un antidépresseur... Pour certains médicaments, je peux commencer par diminuer la posologie, je vais faire un arrêt semaine par semaine, je vais par exemple diminuer la posologie, passer de l'effexor 75 à 37.5, pendant une à deux semaines, et ensuite passé ce cap là, on va commencer à passer le comprimé un jour sur 2. On va faire ça pendant une semaine. Et alors là je propose, donc, heu, on arrive à un mois, là, heu, soit d'interrompre le médicament complètement, soit faire un

jour sur 3 pendant une semaine. En général, je revois les patients à 1 mois, donc soit, ils ont déjà arrêté, soit ils sont à la fin, soit ils continuent à la prendre, je leur demande pourquoi, et j'essaie de comprendre pourquoi. L'a-t-on arrêté trop tôt, ou est-ce que la période était peu propice, est-ce qu'il y a eu un problème particulier, dans la famille, par exemple, voilà.

I : Sur quelles ressources, bases de données vous appuyez-vous ?

M7 : Oh ben j'ai dû m'inspirer de certaines choses que j'ai dû voir, et surtout de mon expérience personnelle.

I : Hmm... Vous suivez un schéma précis ?

M7 : Oh non, non... (silence). Alors ce qui peut inquiéter parfois c'est est-ce que le patient va bien suivre le schéma dégressif qu'on lui a indiqué, voilà, on se dit toujours on va l'arrêter doucement, parce que sinon, voilà, il va se taper un syndrome de sevrage. Donc voilà je les informe quand même, hein, à l'arrêt du médicament, des symptômes qu'ils peuvent présenter.

I : L'information est importante.

M7 : Oui l'information est importante, parce que ce sont des symptômes qui

peuvent inquiéter, heu, des maux de tête, des vertiges, il faut qu'ils le sachent les gens, une fois qu'ils le savent, ils se disent c'est normal, ils font moins de fixation là-dessus.

I : C'est vrai que vous m'en avez parlé depuis le début de ces syndromes de sevrage, ça arrive souvent ?

M7 : Heu, oui ça arrive, ouais. On ne va pas dire que c'est fréquent, mais ça arrive.

I : Et c'est problématique ? C'est gênant pour arrêter ?

M7 : En général, non, pas de problème majeur.

I : D'accord. Avez-vous des difficultés dans votre démarche, dans votre façon de faire ?

M7 : Dans l'arrêt, dans l'arrêt de l'antidépresseur en lui-même ?

I : Oui dans votre démarche.

M7 : C'est difficile à répondre comme question. Peut être ce serait intéressant de les revoir de façon un peu plus rapprochée à l'arrêt du médicament, mais en même temps je leur explique qu'ils peuvent m'appeler à tout moment s'ils traversent des difficultés.

I : Mais euh, vous avez des difficultés dans la mise en place d'une stratégie de sevrage ?

M7 : Ah non, non...

I : Quelles aides vous seraient utiles lors de l'arrêt ?

M7 : Dans la prise de décision ?

I : Que ce soit dans la prise de décision, ou lors de l'arrêt.

M7 : Ben je pense que ce serait quand même intéressant, déjà, à la prescription du traitement, de parler de l'arrêt, de leur dire comment ça se passera. Des fois il y a des réticences des patients par la mise en place du traitement. Parler de l'arrêt du traitement dès l'initiation, et régulièrement lors de toute la prise en charge de la dépression, ça permet aussi de préparer le patient pour le jour où cela viendra. Après je pense aussi qu'il faut se baser sur des échelles objectives d'évaluation de la dépression, que ce soit bien marqué dans le dossier.

I : Mais heu, qu'est-ce qui pourrait vous aider ?

M7 : Ouf, ben là, heu non je sais pas. De manière générale, l'arrêt du traitement, c'est un peu compliqué, pour moi c'est un peu compliqué. Déjà l'efficacité est déjà très limitée, de l'antidépresseur. Ce qui marche le plus c'est de discuter avec les gens, parler, faire de la psychothérapie. Ça peut être un support supplémentaire mais, heu, une béquille... Je peux enlever la béquille, mais heu, il faut une rééducation derrière, et c'est ça qui marche.

I : C'est plus une impression sur la dépression en général, alors ?

M7 : Ouais, ouais.

I : Autre chose à ajouter ?

M7 : Non...

I : Merci

Entretien n°8 : 08/03/2017, 09min

I : Nous allons parler de l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un épisode

dépressif caractérisé de l'adulte de 18-75 ans. Que vous évoque ce sujet ?

M8 : Euuuhh... Et bien, euh, j'ai peu d'expérience de l'arrêt d'un antidépresseur, hein. En sachant que, euh, en général, je préviens les patients assez à l'avance, que quand on les met en place c'est pour une période définie, en général, je leur dis qu'on attend, enfin, que euh, que ça va prendre un certain temps à être efficace, et qu'une fois que c'est efficace il faudra quand même le prolonger, pendant plusieurs mois, je leur donne un ordre d'idée qu'on va partir sur au moins 6 à 9 mois de traitement, et que quand on l'arrêtera, on essaiera d'y aller progressivement. Donc j'essaie de les prévenir à l'avance, les patients. Et que quand on décide de l'arrêter, c'est toujours en accord avec le patient par contre. En général donc, je les prescris tous les mois, puis après on espace un peu tous les 2-3 mois, puis après quand il me semble que le patient est plutôt bien stabilisé, quand je vois que ça fait un certain moment qu'il le prend, on va dire depuis 5-6 mois, avec une stabilité de son humeur, là je discute avec lui, je vois où il en est. J'ai quelques cas où c'est le patient, qui en discute, sinon, c'est plutôt quand je vois que ça fait 6 ou 7 mois que

le patient vient pour ces renouvellements, qu'il va plutôt bien, que j'engage la conversation sur l'arrêt.

I : Quand il vous semble qu'il va plutôt bien ? Ca veut dire quoi ?

M8 : Je cherche la tristesse, les troubles du sommeil, la motivation à sortir, à avoir des activités, euh, le plaisir à manger. Et alors il y a des patients qui ont l'air plutôt enclins, enfin qui ont l'air plutôt pour l'arrêter ou des fois la demande vient d'eux mêmes, et par contre il y a des patients qui n'ont pas envie, ou... après il y a des patients qui le prennent aussi sans que ce soit moi qui l'ai instauré, euh, depuis beaucoup plus longtemps, et euh, chez qui je sais par contre que euh l'arrêt sera pas si facile, ou en tout cas je le propose pas.

I : Vous ne le proposez pas.

M8 : Non, parce que comme ce n'est pas moi qui l'ai mis en place, je n'ai pas vu le patient euh, au début de la mise en place, donc je ne connais pas trop son état sans traitement on va dire. Et après il y a des histoires un peu plus anciennes, par exemple de dépressions on va dire un peu plus récidivantes, et, qui rentrent peut être un peu plus dans le cadre de, de, de, de, comment on appelle ça, de, de

maladie bipolaire mais que sur un versant dépressif, heu.... De dysthymie voilà. Donc là il faut un traitement plus filé je pense, sur le long cours.

I : Plus filé ?

M8 : Plus sur le long terme.

I : Bon. Et, euh, vous m'avez dit, que, euh, il y a aussi des patients qui ne veulent pas arrêter, quand vous leur proposez ?

M8 : Ah oui, c'est arrivé. Mais bon, euh... C'est difficile de se mettre à leur place, aussi... S'ils ne veulent pas, et bien je poursuis le traitement. Enfin, déjà je m'assure que ce n'est pas le traitement qui est inefficace, et qu'il ne faut pas le changer tout simplement, mais euh, bon généralement le traitement marche je trouve. C'est aussi l'occasion de revenir un peu à parler avec le patient, de ses inquiétudes, de ses problèmes. Parfois il ne sait pas trop, parfois il a des appréhensions, mais bon, euh... il peut avoir des petits soucis du quotidien encore non réglés... Enfin, comme je l'ai dit, c'est difficile à se mettre à sa place, hein.

I : D'accord. Et vous, quelles craintes avez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ?

M8 : Des craintes de rebond de dépression, enfin ou d'anxiété, c'est pour

ça que j'y vais très doucement, ou alors des craintes de, de, de, de, de mauvaise tolérance du sevrage, un peu, euh, style nervosité, maux de tête je crois que ça peut entraîner des trucs comme ça.

I : Quelles difficultés, quelles hésitations avez-vous lors de la décision ?

M8 : Ben il y a toujours des hésitations, on n'a jamais de certitudes, si ça va re-déclencher une dépression.

I : D'accord, pas de certitudes donc.

M8 : Ben non effectivement, je sais que c'est à risque, et puis euh... Après ça ne m'est pas encore arrivé si souvent que ça d'en arrêter. Quand c'était le cas, ben c'était des personnes qui ne le prenaient pas depuis hyper longtemps, et je ne sais pas si il y avait un effet euh, de l'antidépresseur, ou un effet placebo, parce que c'était vraiment des petites doses de Seroplex, et donc quand le patient allait mieux c'était plutôt simple, en tout cas, l'arrêt s'est bien passé.

I : D'accord. Vous m'avez parlé des patients qui refusaient l'arrêt du traitement. Vous identifiez d'autres sources de difficultés ? Des situations où la décision est difficile ?

M8 : Euh... Peut-être chez des personnes qui ont d'autres comorbidités, des pathologies euh chroniques, euh, des trucs évolutifs, il ne faudrait pas que, euh... je ne sais pas... Il ne faudrait pas qu'ils rechutent. Voilà. Et puis, euh, en cas de rechute, quand arrêter le traitement ? Au bout de combien de temps ? Ça c'est vrai, Je ne sais pas trop. J'ai un patient que je viens de remettre sous antidépresseur parce qu'il a rechuté, donc oui, ce serait intéressant de savoir.

I : D'accord. Pas d'autres freins ? Euh... pas de freins organisationnels, personnels ?

M8 : Je ne pense pas.

I : Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M8 : En général, euh, je ne sais pas du tout si c'est validé ou pas, je dis au patient, euh... On va le faire très progressivement suivant la molécule et euh... je baisse le dosage de moitié par exemple, pendant 2-3 semaines, puis après je leur dis pendant 2 semaines, 2 fois dans la semaine, vous n'en prenez pas, puis après j'espace de plus en plus, sur 3 mois environ. Ça dépend depuis combien de temps ils le prennent. Oui... Je diminue la dose, par exemple, la Paroxétine, je diminue on va essayer de prendre juste une moitié, donc

ça une moitié pendant 2-3 semaines, et puis après je leur dis heu par exemple, le mercredi et le dimanche vous ne le prenez pas, pendant 2-3 semaines, puis si ça se passe bien, un jour sur deux, puis après vous arrêtez, enfin on arrête petit à petit comme ça.

I : D'accord. Sans référence particulière vous m'avez dit, c'est ça ?

M8 : Non pas de cours par rapport à ça, euh, ou d'apprentissage par rapport à ça, et je ne sais pas s'il existe des recommandations.

I : Quelles difficultés avez-vous dans votre démarche ?

M8 : Ben heu, à part le fait que je fais ça un peu, ben sans recommandations, mais un peu heu par hasard, je, euh, je n'éprouve pas de difficultés. J'aurai plus de difficultés avec les anxiolytiques.

I : Est-ce qu'il y a des points sur lesquels vous avez besoin d'aide ?

M8 : Ben euh oui, savoir exactement quand on peut arrêter le traitement, en fonction du nombre de récurrences eues auparavant. Un guide alors plutôt général, qui détaille heu, le moment, quand on peut arrêter le traitement. Oui pourquoi pas. Et après arrêter, comment, ben heu

moi je veux bien suivre un guide oui. Bon mais comme je l'ai dit, euh, je l'ai pas fait souvent. J'imagine que quand j'aurai vraiment un doute, je l'orienterai peut être vers un psychologue, mais pour l'instant ça s'est bien passé.

I : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M8 : Bon c'est sûr, quand je pense pouvoir arrêter un traitement, il y a toujours ce risque de rechute, c'est tellement du cas par cas, je pense. Après pour l'arrêt proprement, dit, euh, le sevrage, et bien, je n'ai pas eu forcément de difficultés.

I : D'accord. Je vous remercie pour votre participation.

Entretien n°9 : 09/03/2017, 16 min

I : L'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé d'un adulte de 18-75 ans. Qu'est-ce que ce thème vous évoque ?

M9 : Alors, c'est que, j'initie les traitements, ça voilà, sans attendre l'avis d'un spé, en accord avec le patient, voilà en fonction des symptômes, de euh, voilà ; si sans traitement on n'arrive pas à avoir une amélioration tout ça, voilà, je démarre l'antidépresseur et euh... je leur dis que c'est minimum 3 mois voire 6 mois, le temps qu'il y ait un effet, que ça se stabilise, et après on va attaquer une diminution. D'entrée, je commence à leur parler de, voilà, la durée et du principe de, de, de l'arrêt qui va pas se faire d'un coup sec, euh... Et je leur dis dès le début, que l'arrêt va se faire en concertation entre lui et moi, en fonction de son ressenti et de

ce que moi je peux percevoir aussi heu cliniquement, euh, voilà... Je n'aime pas qu'ils décident tous seuls. Euh... donc généralement on initie un traitement, euh... j'aime bien travailler avec les IRS, euh... voilà, en démarrant avec une dose moyenne par rapport aux effets secondaires, en disant que l'effet doit se faire attendre, des fois je conseille une psychothérapie, heu...

I : Alors, j'aimerais surtout qu'on parle de l'arrêt, heu, pas de la prise en charge initiale, euh...

M9 : Ah, euh oui, euh, pardon.

I : Non, euh, je préfère éviter de trop sortir du sujet, euh... En tout cas, je retiens que vous informez des modalités de l'arrêt dès l'initiation du traitement heu...

M9 : Oui dès l'initiation, on fait un contrat, car d'une part ça les aide quand même à

comprendre qu'on part sur une durée plus ou moins déterminée, et donc à accepter le traitement, car ils peuvent avoir des réticences, et aussi heu... ben ça évite qu'ils le fassent tout seul. Et après sur le principe même de l'arrêt, ben euh, voilà, après quelques mois, euh, et bien si je trouve que la personne est plutôt bien, qu'elle pourrait l'arrêter, et si elle est d'accord aussi pour l'arrêter, on décide comme ça d'une procédure d'arrêt.

I : Quand vous trouvez euh, que le patient est bien ? C'est-à-dire ? Comment voyez-vous ça ?

M9 : Euh... Et bien, euh... il y a du ressenti et puis après, euh... de ce qu'on connaît du patient, de ce qu'il nous a raconté... voilà, si la personne se sent mieux et a repris je dirais, euh, l'envie de faire des choses, dort bien, euh, voilà ; si on n'a plus de symptômes je dirai comme ça... Pendant la prise en charge des patients dépressifs, j'aime bien leur fixer des objectifs, hein, voilà. Euh... si on atteint après ces objectifs, c'est euh, qu'après tout, ça va mieux, et euh... une fois qu'on a eu un temps de consolidation, ben voilà, euh, on fait l'arrêt. Et donc soit on diminue les doses, si on est monté sur des doses assez importantes, dans un premier temps, euh... et puis ensuite on espace les

prises petit à petit, j'aime bien le un jour sur deux, euh, et puis petit à petit le patient il oublie de prendre son traitement, et ça se fait plutôt tout seul. Voilà. Généralement, je compte quand même, alors, euh, je ne sais pas, ça dépend de combien de temps a duré le traitement, mais euh, si je prends une durée moyenne, enfin moyenne... ça dépend des personnes... des antidépresseurs, je vais traiter je dirais 6 mois un an, on va peut être prendre 3-4 euh, mois pour arrêter. Prendre le temps. En tout cas, moi mon principe c'est : il vaut mieux prendre le temps, et pas rechuter, pas avoir besoin de repartir sur un traitement trop rapidement, plutôt que de se dire ça va bien, j'arrête tout et puis au revoir quoi.

I : Prendre le temps, sinon ça repart ?

M9 : Euh, oui, euh... Déjà c'est l'idée que j'en ai, de, euh, ne pas arrêter brutalement l'antidépresseur, avec l'effet rebond, de part, euh, ce que j'ai pu apprendre à une certaine époque, des formations que j'ai pu avoir, il ne faut pas arrêter brutalement. Et puis après, bon, il y a des patients aussi qui ont peur d'arrêter leur antidépresseur, parce que du coup ils vont bien, ils se disent comment ça va se passer, si je le prends

plus, voilà. Et l'arrêter tout doucement ça peut les rassurer. Donc voilà, en fait on fait une sorte de contrat, enfin, et généralement, si on fait comme ça, ça se passe plutôt bien. Après selon les personnes, c'est plus ou moins rapide. Ça dépend aussi du contexte initial, pourquoi on a mis en place un traitement antidépresseur.

I : D'accord. Donc euh, une diminution heu progressive, et une concertation avec le patient.

M9 : Voilà.

I : D'accord. Quelles craintes pouvez-vous avoir à l'arrêt des antidépresseurs ?

M9 : La crainte, après ben c'est euh, la rechute.

I : HmmHmm...

M9 : Je la crains, mais euh, en fait c'est surtout euh, à posteriori, mince il rechute, voilà, j'hésiterai encore plus à l'arrêter après.

I : Vous avez des hésitations, à l'arrêt ?

M9 : Généralement non. Je n'en ai pas trop. Mais c'est vrai que s'ils ont déjà rechuté, bah, euh, il y a plus d'hésitations, on préfère garder le traitement plus longtemps...

I : La décision est plus difficile ?

M9 : C'est sûr. On se pose plus de questions, ils sont plus fragiles.

I : Et vous prolongez le traitement plus longtemps, c'est-à-dire ?

M9 : Et bien euh combien de temps euh... je ne saurais dire exactement, 1 an, deux ans... C'est du feeling. Après je vous dis, c'est pas le médicament qui gère le fond de la question, il y a aussi un travail à faire sur soi, après quand c'est des dépressions dites entre guillemets réactionnelles et qu'on a pu du coup répondre à la problématique, généralement c'est des traitements plus courts, eeeeet, quand le problème est réglé, il n'y a pas de raison que ça n'aille pas mieux. A ce moment là, je n'ai pas d'hésitations habituellement, s'il sent que c'est bon, et bien voilà. Après il y a tout le problème de pourquoi on est déprimé, où là, ça peut remonter à des choses, euh... un peu accumulées depuis des années sans qu'on ait un facteur heu voilà identifiable, qui ait pu faire décompenser à ce moment là, là c'est généralement un peu plus long, et c'est là aussi que je vais me faire accompagner.

I : Toujours en parlant de l'arrêt...

M9 : Ah oui, ben dans ces cas là, euh, c'est un peu compliqué, parce que, euh, ces patients, même sous antidépresseurs, on le sent, ils ne sont jamais bien, ça les aide, c'est un peu mieux sous antidépresseurs oui, pour des problèmes passagers qu'ils peuvent avoir. Donc c'est vrai que là, c'est des patients qui resteront longtemps sous antidépresseurs, qui sont suivis par un psychiatre, ou euh... voilà. Après, euh, pour arrêter, euh, qu'est-ce que je pourrais dire... Non voilà, c'est plus difficile, enfin, on hésitera plus à l'arrêt si c'est une récurrence. Parce que le risque est plus important, parce qu'on se dit que le patient est fragile. Alors des fois aussi, moi j'ai bien envie d'arrêter de ce que j'aperçois, de ce que j'analyse, mais le patient est réticent à arrêter parce que comme il est bien, il se dit que, voilà, c'est le médicament qui, qui, qui fait qu'il est bien. Il a des doutes. Alors après, c'est toute une histoire de discussion, moi je leur dis, surtout à des personnes beaucoup plus jeunes, vous n'allez pas passer toute votre vie sous antidépresseurs, voilà... mais des fois ce n'est pas évident. Le patient peut être demandeur de poursuivre... de poursuivre le traitement, donc après c'est toute la négociation. Et c'est parfois à ce moment là que je leur rappelle qu'ils peuvent se

faire aider, par un psychologue par exemple. Le patient qui est réticent, chez qui je pense pouvoir arrêter le traitement, là le psychologue peut l'aider, à lui montrer, que, euh, euh, à diminuer ses doutes.

I : Vous vous faites aider par un psychologue, pour arrêter.

M9 : Oui, enfin, tout le long de la prise en charge de l'épisode dépressif, si possible. Si je vois que le psychologue espace les séances, je me dis qu'on est en bonne voie pour arrêter le traitement, c'est une bonne indication. Mais euh, bon voilà il faut s'assurer de garder contact avec les différents intervenants, avant d'arrêter, sinon le patient se dit qui c'est que je crois, quoi.

I : D'accord.

M9 : Après le fait de diminuer tout doucement, ça lui permet aussi de voir que, le fait qu'à un moment il oublie de prendre son traitement, c'est que, enfin, entre guillemets, c'est que en fait c'est gagné voilà, on peut, on peut s'en passer. C'est mon ressenti un peu c'est ma façon de faire, j'ai l'impression que ça marche pas trop mal donc...

I : En plus de tout ce qu'on a pu dire, quels freins identifiez vous à l'arrêt du traitement ?

(silence)

I : Que ce soit dans l'organisation, des expériences personnelles...

M9 : Franchement, ça dépend du patient surtout, et aussi de la relation qu'on peut avoir avec lui. Si c'est un patient qu'on connaît bien depuis longtemps, son contexte familial, voilà, tous ces patients qu'on a vu évoluer depuis leur adolescence, si c'est un patient qu'on connaît pas du tout et qui boum, euh... c'est pas du tout pareil... euh, voilà, on a des leviers quand on connaît bien la personne aussi, qu'on peut utiliser, qu'on n'a pas quand c'est quelqu'un dont on connaît pas trop les habitudes, les relations, enfin voilà. Voilà, c'est très patient dépendant.

I : Ok. Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche ? Vous m'avez déjà parlé de la diminution progressive des doses ? Vous pouvez m'apporter des précisions ?

M9 : Ben euh, par exemple, euh, je ne sais pas moi, euh, si on prend, un Seroplex qu'on a mis à 10, on va le passer à 5, à

diminuer un petit peu, voilà, sur, euh, bon bah, on va dire 15 jours 3 semaines ; si tout se passe bien, on essaie de le prendre un jour sur deux, euh, aussi sur 15 jours 3 semaines, euh ensuite euh, bon on se revoit puis voilà. On prévoit quand même de se revoir euh, généralement j'aime bien donner les rendez-vous à l'avance. J'aime pas qu'ils le fassent tout seuls. Voilà. En général je prévois les rendez vous bien à l'avance, pour qu'ils se sentent accompagnés. Après je leur dis aussi qu'il faut qu'ils choisissent, entre guillemets, un bon moment, pour faire l'arrêt, c'est pas heu... vous venez de quitter votre boulot, c'est peut être pas le moment de l'arrêter. Je commence à en parler quand ça va mieux. Je tâte un petit peu le terrain avant, pour voir ce qu'il en pense, s'il me semble qu'il peut l'arrêter, et bien je lui dis d'y songer. Et ainsi, il a quand même réfléchi, et moi je sais qu'on va aborder ça à la consultation suivante. On y va, on se lance, en sachant qu'on peut faire machine arrière, voilà. Ce n'est pas non plus strict. C'est un peu comme un sevrage tabagique, on commence à en parler avant, puis après la décision se prend, et là bon c'est bon j'ai réfléchi à tout on arrête. Ca s'anticipe un petit peu, c'est pas un jour, ils viennent en consultation pour renouveler le traitement, que je leur dis

bon ben c'est bon maintenant on arrête l'antidépresseur. Ca se discute avant quand même.

I : Sur quelles sources vous appuyez pour instaurer un schéma de sevrage ?

M9 : Ben je dirais, mon expérience, ce que j'ai pu voir à droite à gauche. Je ne sais pas si ça sort de référentiels (rires), des choses recommandées, enfin bon je m'en sors pas trop mal je trouve.

I : Et des fois vous m'avez dit que vous faites machine arrière ?

M9 : Alors, effectivement des fois, oui, voilà, c'est compliqué d'arrêter un antidépresseur. Il y a des, entre guillemets, des échecs ; c'est-à-dire qu'on diminue et que, euh à la consultation d'après, euh... je dirais voilà, « docteur ça va pas ». Bon. Est-ce que le sevrage a échoué ou est-ce que le patient n'était pas prêt finalement. J'essaie de me rendre assez disponible pour ces, ben, pour ces personnes là, s'ils s'aperçoivent qu'en diminuant ça va pas, bon ben tant pis, on essaiera plus tard, on reviendra plus tard sur la décision. Voilà, on peut repartir en arrière aussi, hein je les bloque pas d'entrée en leur disant, bon ben là on diminue, voilà, je décide, c'est comme ça et pas autrement, non. Alors oui, c'est sûr

on se pose des questions quand ça arrive, ce n'était peut être pas le bon moment... Mais bon, moi j'essaie le plus possible d'impliquer le patient, euh, parce que c'est lui le principal intéressé, et c'est lui qui vit son truc, et puis... nous on est là pour le guider, pour l'aider, mais après, euh... voilà on n'est pas à sa place. Il faut discuter, dire que ce n'est pas un problème, que ça peut arriver, il faut qu'il reste motivé. Parfois heu, ça peut bizarrement les aider à comprendre ce qui n'allait pas.

I : Ah ?

M9 : Ben euh, oui bon c'est pas souvent hein mais euh je ne sais pas, euh, un patient qui a pensé que tout s'arrangerait en retrouvant un travail, il peut se rendre compte que en fait non, ce n'est pas forcément suffisant, il y a peut être autre chose qui le gêne. Nous on est là surtout pour le guider, on le conseille. Si c'est un jeune, voilà je le motive.

I : Au vu des différents freins, ou difficultés que vous pouvez rencontrer, quelle aide pourrait-on vous apporter ?

M9 : Oh ben, euh, je ne sais pas trop, je ne réclame pas forcément d'aide spécifique. Le sujet est complexe, parce que la dépression est complexe. Ca rentre dans

une problématique complexe. Ce n'est pas noir ou blanc. Je dirais bien que pour arrêter un traitement il faudrait voir et décider avec un psychiatre, mais non, ce n'est pas ce que je pense. Généralement, les psychiatres ils sont encore moins enclins à les arrêter que nous.

I : Ah ?

M9 : Oui c'est juste une impression peut être.

I : Autre chose à ajouter ?

M9 : Ben c'est vrai que c'est pas forcément évident, comment éviter de retomber dans une situation à l'arrêt.

I : Je vous remercie pour votre participation.

Entretien n°10 : 10/03/2017, 10 min

I : L'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé d'un adulte de 18-75 ans, qu'est-ce que cela vous évoque ? Que pouvez-vous m'en dire ?

M10 : Quand c'est possible, on tente de les arrêter, de les diminuer progressivement, mais euh, il y a 15 jours, j'étais à un cours à Toulouse à Purpan, il y avait un jeune enseignant qui nous disait qu'ils trouvaient de plus en plus que la dépression était une maladie inflammatoire, enfin, je ne sais pas si vous avez cette notion... Qu'il y avait un côté inflammatoire dans la dépression, et que d'après lui il y avait des gens, il faudrait les traiter à vie, comme on traite une autre

maladie, heu, un diabète heu, une hypertension. Ils s'étaient aperçus qu'il y avait une composante inflammatoire dans la dépression. Donc lui il avait l'air de dire que certains terrains, certains patients il faudrait les traiter, ben heu, à vie, les laisser sous antidépresseurs à vie. J'ai vu ça il y a 15 jours, hein.

I : Oui, d'accord...

M10 : Oui enfin vous verrez, vous pouvez regarder...

I : Je regarderai. Et pour en revenir à l'arrêt de l'antidépresseur. Vous m'avez dit quand c'est possible. Qu'est-ce que ça veut dire ?

M10 : Ben moi, ben si j'estime qu'un patient est dépressif, je lui marque un

traitement, j'essaie de lui dire de le garder, enfin, surtout qu'il le garde 6 mois, au moins 6 mois, parce que c'est ce qu'on m'avait appris, et après je, je vois avec le patient, comment il se sent, enfin c'est un peu le patient qui me guide euh dans le sevrage, quoi, si on peut tenter d'arrêter, ou, bref, c'est comme ça, j'écoute un petit peu le patient, je lui dis est-ce que vous pensez que maintenant vous êtes assez fort pour tenter le sevrage, et j'essaie de le faire progressivement, sachant qu'il y a des patients qui n'écoutent pas, qui déjà ne font pas les 6 mois, et heu, j'essaie de faire comme ça.

I : C'est lui qui vous guide.

M10 : Oui. Si le patient me dit maintenant je suis prêt, je me sens assez fort, on peut tenter de, voilà. C'est une décision avec le patient. Oui voilà, moi j'essaie de l'amener au moins jusqu'à ces 6 mois de traitement, et puis au bout de 6 mois, je vois, quoi, c'est pas forcément 6 mois, ça peut être un peu plus, ça dépend un peu de la personne, de son ressenti. Il y en a quelques uns hein, qui l'arrêtent tout seuls, soit bon parce que ils le tolèrent mal, bon après hein c'est parce que il y a souvent un refus de l'antidépresseur, ils ne l'acceptent pas. Moi je remarque que les gens n'ont pas peur d'un anxiolytique,

mais ils ont peur d'un antidépresseur globalement, en France du moins. Et certains ne viennent pas me voir quand ils l'arrêtent, et puis bon après, euh... s'il y a un problème sous-jacent, ils reviennent plusieurs mois après pour me reparler de ces problèmes. Donc euh... il faut éviter ça. Il y a peut être une mauvaise compréhension de ces patients là, j'ai l'impression qu'ils viennent par épisodes, dès que ça va pas, pour ce médicament qui avait fait du bien, comme on prendrait un anxiolytique de temps en temps.

I : Quelles craintes avez-vous à l'arrêt des antidépresseurs ?

M10 : Ben heu, si on le fait progressivement, je n'ai pas trop de craintes, hein, enfin si, à part la récurrence.

I : Quelles difficultés, quelles hésitations avez-vous lors de la décision ?

M10 : (silence)

I : Vous n'avez pas d'hésitations, à l'arrêt de l'antidépresseur ?

M10 : Non, pas trop, enfin, globalement pas trop, si le patient me dit qu'il est d'accord, qu'il se sent mieux, et qu'à moi aussi, il me donne l'impression qu'il va mieux, que les symptômes dépressifs ont disparus, non, je....euh...

I : D'accord. Pas de situations qui rendent la décision difficile ?

M10 : Ben des fois si je sais si avant cet épisode là, il y a eu un, deux, trois épisodes, je me dis, mince faut-il l'arrêter.

I : Dans ces cas là vous hésitez. Pourquoi ?

M10 : Et bien oui forcément, là c'est plus difficile, oui, là, c'est vrai que quand ça arrive, et bien, euh voilà. Il faut faire plus attention. Après, il y a aussi des gens qui font des fréquentes récurrences. Après se pose la question de la bipolarité, de la dysthymie.

I : D'accord.

M10 : Après sans parler de manie, euh, il y a des gens, on sent que, il y a des gens qui me le disent quoi, je n'ai pas de raison d'être dépressive, mais voilà, je suis triste. Donc ces gens là voilà ça revient à ce que me disait l'enseignant l'autre jour, c'est des terrains un petit peu, heu... c'est vrai maintenant, je repense à cette formation, et à cet enseignant qui disait que c'était un problème inflammatoire, euh... lorsqu'il y a un terrain, euh, de dysthymie, euh, des gens qui me donnent l'impression d'être mal dans leur peau, que toute leur vie il faudrait qu'ils soient sous antidépresseurs... Il y a des gens ils

ont vraiment un fond de mal être... Donc là généralement ils sont suivis par un psy. Il y a des gens c'est vraiment rattaché à un coup du sort, un événement de leur vie personnelle, mais d'autres on les interroge, ils disent que « toute ma vie j'ai été un peu, d'une humeur un peu triste »...

I : C'est plus une difficulté à traiter certaines formes de dépression alors.

M10 : Voilà. Il y en a je pense, qui ont besoin d'un traitement au long cours, même si l'efficacité c'est euh... bref. Bon, mais il y a des gens, c'est vrai, qui prennent un antidépresseur, depuis quelques temps, parfois on se demande si c'est justifié... mais il y en a qui préfèrent poursuivre le traitement.

I : Hmm.

M10 : Après certains d'entre eux ont d'autres pathologies, d'autres traitements, donc bon... je n'ai peut-être pas euh... C'est vrai que là c'est peut être difficile de se lancer.

I : Ah ?

M10 : Et bien, euh quand on suit le patient pas uniquement pour leur problème dépressif, mais des troubles cardiovasculaires, diabète, des douleurs

articulaires, avec beaucoup de médicaments, euh, et bien l'antidépresseur, euh... bah peut-être que... enfin je sais pas... il ne faudrait pas que euh... bref. C'est compliqué.

I : D'accord. Autre chose, empêchant l'arrêt ? (silence). Pas de freins personnels, organisationnels, par exemple ?

M10 : Non, non. Globalement ça va.

I : D'accord. Après avoir décidé de l'arrêt du traitement, quelle est votre démarche ?

M10 : Alors je tente de faire un arrêt, euh, progressif ?

I : Oui, pourriez vous développer ?

M10 : Oui, d'accord (rires) Si c'était un comprimé par jour, ben je passe à un dosage heu, inférieur, voilà, pendant environ un mois, et puis je leur demande d'arrêter. Ah oui, alors parfois aussi, j'essaie le plus possible d'associer une prise en charge psychologique.

I : D'accord, euh, pendant le sevrage ?

M10 : Non, pas forcément heu dès le début, surtout les jeunes, en fait, si on peut essayer de résoudre les problèmes autrement que par comprimés, et leur dis essayez de vous faire aider par un psychiatre ou un psychologue. Après,

pendant le sevrage, oui je leur dis de continuer un petit peu et après à voir, et puis surtout maintenant qu'ils connaissent les symptômes, à la moindre alerte heu, de venir consulter rapidement.

I : Ca prend un mois en général ?

M10 : Oui un mois, en général, parfois un peu plus euh... Ca marche plutôt bien comme ça. Après quand je leur propose de se sevrer, je leur dis toujours, parce qu'il y en a qui ont une certaine crainte, hein, je leur dis toujours, que s'ils ressentent un signe, ce n'est pas sur un jour, ça arrive à tout le monde une journée, de ne pas être bien, c'est quand c'est plusieurs jours d'affilée qu'il faut reprendre, voilà j'essaie d'expliquer ça, et puis ils savent qu'ils peuvent me contacter en cas de problèmes, voilà.

I : Sur quoi se base votre démarche ?

M10 : Oh c'est surtout mon ressenti, mon expérience...

I : Euh... Pour décider vous voulez dire ?

M10 : Oui

I : Et euh, votre stratégie de sevrage, elle se base sur quoi ?

M10 : Ah, et bien pareil.

I : Votre expérience ?

M10 : Voilà.

I : Quelles difficultés avez-vous dans cette démarche ?

M10 : Je n'en ai pas trop, non ça ne se passe pas trop mal. Après bon ben il y a des patients, ça n'a pas marché, hein, ils sont descendus à demi-dose, et puis ils sont restés à demi-dose, d'accord. Après bon, je pense à une dame, elle a récidivé, parce que justement elle a un terrain plutôt chronique quoi. Mais euh, globalement, en faisant comme ça, ben il me semble que c'est pas difficile. J'essaie vraiment de me reposer sur le patient, s'il estime qu'il est assez fort pour arrêter. Parce que des fois c'est 6 mois, mais pas forcément ça peut être un an, ça peut voilà.

I : Et des fois ça n'a pas marché ? Des gens restent à demi-doses ?

M10 : Ah oui, il y en a qui restent à de petites doses, mais euh, alors là, je sais pas, ça satisfait le patient.

I : Quelque chose pourrait vous aider dans, euh, lors de cette phase d'arrêt des antidépresseurs ?

M10 : Hmm je ne vois pas non, ça se passe plutôt bien dans l'ensemble. Après heu parfois je n'y arrive pas, je pense à un patient, il est toujours à petite dose depuis longtemps, et bon il n'a pas envie de descendre... bon et bien là, que puis-je faire... parfois je lui dis que ce n'est sans doute plus le médicament qui fait qu'il va bien, mais il refuse de l'arrêter.

I : Rien ne pourrait vous aider dans ce type de situation ?

M10 : Non je ne vois pas.

I : Avez-vous autre chose à ajouter ?

M10 : Non, non

I : Merci pour votre participation.

Entretien n°11 : 10/03/2017 : 9 min

I : Maintenant nous allons passer à l'autre partie de l'entretien, qui concerne

véritablement cette question de la phase d'arrêt d'un antidépresseur dans le cadre d'un EDC d'un adulte de 18-75 ans. Qu'est-ce que ça vous évoque, ce sujet ?

M11 : Alors, euh, l'arrêt du traitement, en général, c'est quelque chose que je décide avec le patient, parce que, euh... je pense que le patient ne doit pas décider seul de l'arrêt de son traitement euh... on connaît le terrain, on choisit la période. Et puis on l'explique bien aux gens, qu'il se fait de façon progressive. Toutefois, je pense que celui qui est le plus à même de sentir si sa dépression va mieux et qu'il n'a plus besoin de médicament, c'est le patient.

I : D'accord, donc la décision se fait avec le patient.

M11 : Oui. En fait, quand le patient nous en parle, je pense que le moment est venu.

I : Vous attendez qu'il vous en parle pour proposer l'arrêt de l'antidépresseur ?

M11 : C'est-à-dire... euh, oui, euh... En général, quand c'est un premier épisode dépressif, le patient est traité, il vient plus tard, il se sent bien, je vais écouter ce qu'il me dit... J'essaie de voir s'ils vont bien et comment ils se sentent par rapport à leur traitement. Est-ce qu'ils sentent qu'ils en ont encore besoin, est-ce que c'est pour eux important de continuer, ou est-ce qu'ils en ont assez de prendre ce traitement, est-ce qu'ils pensent qu'ils n'en ont plus besoin. C'est eux qui le

savent selon moi. (silence) Je regarde la durée aussi quand même. Les gens qui te disent, que ça commence à être efficace, il y a de grandes de chances qu'en l'arrêtant, la dépression, elle revienne. Si par contre ça fait plusieurs mois en principe 6 mois que le patient se sent bien, là je fonctionne au cas par cas. Si à moi aussi il me paraît prêt, oui, je vais mettre en place un sevrage progressif.

I : S'il vous paraît bien ?

M11 : Euh, oui, sur son épanouissement personnel. Je le fais parler, l'appétit, les troubles du sommeil... souvent quand les gens font une dépression aiguë, au départ il y a souvent euh une raison. C'est souvent réactionnel à une situation difficile, hein. C'est souvent une perte d'emploi, une séparation, un deuil, donc on évalue un peu par rapport à ça le travail qui a été fait.

I : Comment ?

M11 : Par exemple, dans le cas mettons d'un deuil, s'il fait un travail avec un psychologue et qu'il continue son travail avec un psychologue, je me mets en accord avec lui, qu'on peut envisager un sevrage et un arrêt du traitement. Euh, dans le cas de quelqu'un qui a une séparation, peut-être qu'entre temps il a

reconstruit sa vie, il a rencontré quelqu'un d'autre, il se sent mieux, les conditions ont changé, je pense effectivement qu'avec un sevrage progressif, on peut envisager d'arrêter le traitement. Donc voilà, on s'intéresse au contexte aussi.

I : Bon. Et quelles craintes avez-vous à l'arrêt d'un traitement antidépresseur ?

M11 : Alors les craintes en général, ce sont les craintes de rechute, bien évidemment, voilà. Donc on en a oui, mais en principe quand on les propose, c'est surtout à la demande du patient.

I : Quelles hésitations avez-vous à l'arrêt ?

M11 : Euh...

I : Avez-vous des difficultés dans la décision d'arrêter un antidépresseur ?

M11 : Je ne pense pas que euh... Moi j'estime que le patient estime de lui-même que le moment est venu. Voilà. La dépression, ça demande une prise en charge basée sur l'écoute du patient. Il faut pouvoir leur consacrer du temps. Ça fait partie du métier, il y a des consultations courtes, il y en a des longues. Celle-ci fait partie des longues consultations, mais ça ne me pose aucun problème. Moi, j'aime bien parler de ça, je me base surtout sur ce qu'il me dit.

I : Hmm donc pas d'hésitations ? De doutes ?

M11 : Oh non, euh... c'est sûr que euh non, non, je ne vois pas. Du moment que le patient se sent prêt... Il y a plusieurs patients. Il y a le patient, qui est prêt, et qui me semble prêt, là, pas d'hésitations. Il y a le patient que je trouve prêt, et qui n'est lui-même pas tout à fait prêt ou en tout cas, qui ne sait pas lui-même s'il est prêt... qui est, euh, hésitant. Bon, et bien il faut l'encourager, et le motiver, lui faire comprendre qu'il est en bonne voie. Il y en a qui refusent, mais généralement, ils demandent de l'arrêter hein. Et puis il y a l'inverse, le patient avec qui je suis en désaccord, mais c'est rare, qui me semble toujours, euh, fragile, et qui souhaite arrêter, je lui fais comprendre que je ne suis pas d'accord. Quand ça arrive, c'est que le patient en a marre, ou alors a peur de la dépendance. Et là, on discute, je rassure, il n'y a pas de dépendance, voilà.

I : Et des fois les patients hésitent et refusent ?

M11 : Oui, ça peut arriver.

I : Est-ce que vous identifiez d'autres freins à l'arrêt du traitement ?

M11 : Euh, non, non... je ne vois pas.

I : Pas de freins personnels, organisationnels, d'autres freins ?

M11 : Pas du tout. Non, je ne pense pas,

I : D'accord. Une fois que la décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M11 : Ben c'est premièrement, un sevrage progressif, je choisis souvent la période, je leur dis souvent pas en hiver, pas à l'automne, l'automne, j'estime que c'est une période plus à risque, les jours qui raccourcissent, donc je leur fais souvent faire soit en été soit au printemps. Et ensuite bien sûr, pour éviter les récives, il faut surtout un suivi, les réévaluer quelques temps plus tard et voir. Sachant que je leur explique quand même que le médicament, même si on commence à l'arrêter, et bien il continue de faire effet quelques temps.

I : Vous pouvez me détailler le sevrage, euh, progressif ?

M11 : Oh, je n'ai pas toujours le même schéma d'arrêt. Parce que des gens qui ont été en dépression suite une séparation et tout s'est arrangé et qui se sentent bien, je pense que je vais faire un peu plus vite que des gens qui sont dépressifs de longue date, et je vais le faire très prudemment. Je vais diminuer, les revoir,

on fait des paliers. Je diminue la posologie ou j'espace les prises selon le médicament prescrit. Euh, pendant 2 semaines, euh, ou alors des paliers d'un mois s'il a pris le traitement longtemps. Et puis je le revois ensuite, chaque mois, pour faire le point.

I : D'où vous vient cette façon de faire ?

M11 : Oh, et bien euh... ça fait un moment qu'on sait qu'il faut être progressif, pour éviter les rechutes. Et puis sur l'expérience...

I : D'accord. Est-ce que vous avez des difficultés dans cette démarche ?

M11 : En faisant comme ça, en général, on y arrive. Alors parfois effectivement, il y a des patients qui ont bien suivi ce que j'ai dit, il y en a d'autres, euh chez qui je m'aperçois, quand je réévalue, qu'ils sont revenus en arrière, c'était trop tôt.

I : D'accord.

M11 : Ce qui arrive aussi, c'est ces patients qu'on n'arrive pas à sevrer. Passé une certaine dose, ils préfèrent rester sous traitement.

I : D'accord. Parce que, euh... Ils l'arrêtent trop tôt c'est ça ?

M11 : Non euh... ils ont de nouveau des craintes, des doutes, ils deviennent

irritables, ils se rendent compte à quel point le traitement a pu les aider, ils ont peur de vivre sans. Même si leur situation semble être stabilisée. Et ils préfèrent rester sous traitement, parfois à petites doses, ça les rassure.

I : D'accord. Y-a-t-il quelque chose qui vous aiderait en pratique ?

M11 : Euh, non je ne vois pas. Il faut accompagner le patient, l'écouter. Je ne vois pas ce qu'on peut faire d'autre.

I : Auriez-vous autre chose à ajouter ?

M11 : Non. Je crois qu'on a fait le tour de la question.

I : Merci pour votre participation.

Entretien n°12 : 10/03/2017, 11min

I : L'arrêt des antidépresseurs, dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé, d'un adulte de 18-75 ans, qu'est-ce que cela vous évoque ?

M12 : Euh... D'être prudent, d'être progressif, que ce soit négocié avec le patient, que ce soit pas, que ce soit anticipé, que ça soit paaaas... moi j'en parle assez tôt, quand je commence à sentir que ça va mieux, je leur dis qu'il ne faut pas encore arrêter, qu'il faut attendre une phase de quelques mois, et que l'arrêt ne devra pas se faire de façon sauvage si ils se sentent mieux. Euh...

I : Ça arrive ?

M12 : Oui, euh donc euh, voilà, d'anticiper la chose, de faire de manière progressive,

et puis moi je donne un délai qui est de... de souvent de 6 à 9 mois pour un premier épisode, et parfois plus en cas de récurrence, qu'il sache un peu à quoi s'attendre.

I : D'accord. Quelles craintes pouvez-vous avoir à l'arrêt des antidépresseurs ?

M12 : Les syndromes de sevrage, ça se produit, je l'ai vu, surtout sur des arrêts euh, intempestifs, ou faits trop tôt ou de manière trop brutale ; des troubles anxieux, des vertiges, euh des tremblements... Mais euh, ça ne m'empêche pas d'arrêter. Après, il y a forcément une crainte de la récurrence. C'est pour ça qu'il faut être prudent et bien écouter le patient. Je leur en parle assez tôt, et après, je réévalue, on attend le bon moment.

I : C'est-à-dire ? Comment savez-vous que c'est le bon moment ?

M12 : Ah et bien, euh... En discutant avec le patient, euh... Ce n'est pas forcément un interrogatoire précis, il y a du ressenti, de l'écoute. On recherche des symptômes. On connaît le patient... Plusieurs choses entrent en jeu.

I : D'accord. Quelles difficultés, quelles hésitations avez-vous lors de la décision ?

M12 : Alors euh, forcément il y a des hésitations... Enfin... Certes, c'est pas évident parfois, mais il faut tenter d'arrêter, quand même, parce que moi, si on peut arrêter la chimie, je le fais, je tente. Ça reste quand même une molécule avec des effets secondaires hein. Voilà, bon... mais parfois c'est sûr, ce n'est pas simple. Et puis certains patients, on n'arrive pas à les arrêter.

I : D'accord. Parce que vous rencontrez des difficultés ?

M12 : Oui, parce qu'ils rechutent à l'arrêt et voilà, les symptômes reviennent pendant le sevrage, ou juste quelque temps après l'arrêt. Alors qu'au départ, on se dit, bon ben, ça va bien se passer. Et puis on s'aperçoit du coup qu'il y a des gens qui sont sous des petites doses

d'ISRS, d'ISRSS chronique, qui, qui, qui sont au long cours sous des petites doses, on en voit de temps en temps. Ouais, ça peut être un demi Paroxétine, qui, qui, qui peut, qui est le traitement qu'on trouve euh... ça m'arrive régulièrement, moi je suis, maintenant je suis beaucoup moins sévère sur ça. Ça les rassure aussi. Et puis euh, des gens qui déménagent et qui me disent euh, « au moins ne m'arrêtez pas ce traitement parce que, euh, on a déjà essayé, on me l'a arrêté, j'ai pas été bien, euh » ; on ne va pas le faire de manière sauvage on en reparlera, mais c'est parfois difficile. Mais bon il faut les encourager à retenter plus tard.

I : D'accord vous retentez plus tard quand même.

M12 : Oui, oui, c'est quand même un objectif principal que j'ai. Alors il y a deux cas ; il y a celui de l'épisode dépressif, euh classique qui est traité, qu'on arrive à arrêter, premier épisode ou première récurrence ; et après, il y a ces gens qui font des épisodes un peu à répétition, qui ne vont pas bien quand ils les ont pas, qui ont leurs troubles de l'humeur qui reviennent et, hmm, voilà, c'est plus complexe. On est dans un état, de, enfin, je sais pas, des gens qui ont un déficit chronique en

neurotransmetteurs, qu'on dosera en 2050. En fait il y a pleins de cas différents.

I : D'accord. (silence) Euh, et donc... vous identifiez euh, des situations euh particulières, générant des doutes à l'arrêt ?

M12 : Euh, je ne sais pas, euh... Oui, voilà, ces patients qui ont rechuté, dois-je leur arrêter ? Quand ils vont bien, on se dit qu'on peut l'arrêter, mais faut-il le faire ? Alors, on tente, un peu à l'aveugle, et puis on verra bien.

I : D'accord.

M12 : Alors j'ai une dame là, j'ai un cas en tête, là, j'ai une dame qui a quand même fait une tentative d'autolyse par strangulation, donc un gros gros truc, elle va très très bien maintenant ; elle était suivie par un psychiatre et par moi ; le psychiatre lui a dit, maintenant ça va bien, allez voir votre médecin, donc on diminue le traitement, je la trouve bien, et, et, et...

I : C'est vous et non pas le psychiatre qui avez diminué le traitement alors ?

M12 : Oui, le psychiatre lui a dit allez voir votre médecin généraliste. Bon et finalement, c'est son mari qui ne veut pas qu'elle arrête. On avait programmé une diminution, et la dernière fois, elle me dit :

« euh vous savez, arrivée à ce seuil, euh, mon mari me dit, ne descends pas plus, alors j'ai pas osé » euh... Cette personne là, elle n'avait pas de, euh, de structure psychotique derrière, elle a fait une très très grosse dépression, avec un geste pas négligeable, donc normal qu'il y ait cette crainte.

I : Une crainte de l'entourage alors...

M12 : Oui dans ce cas là, mais ça peut être la crainte du patient lui-même aussi. Il y en a qui préfèrent rester sous traitement et qui ne veulent pas arrêter. Mais bon, il faut essayer. Enfin si ça va pas, euh, bon à l'arrêt, il va pas se suicider en trois jours quand même.

I : Pas d'autres freins, personnels, liés à votre organisation ?

M12 : Non, non, ça on arrive à trouver des rendez-vous, donc ça va. Après il y a aussi des freins, où voilà, avec des gens, euh... des gens qui étaient en plus anxieux, qui dès qu'ils commencent à arrêter leur traitement antidépresseur, qui ont aussi une action anxiolytique, vont être à nouveau travaillés par des craintes, des angoisses. Ça on en voit, ça c'est difficile d'arrêter un traitement antidépresseur qui a plus un rôle anxiolytique qu'un effet antidépresseur finalement. Voilà donc là

on est en difficulté dans l'arrêt. Et ce sont des situations embêtantes.

I : Une fois que votre décision a été prise, quelle est votre démarche ?

M12 : Ma démarche, alors on en a parlé tout à l'heure, est d'être progressif, pour quasiment toutes les molécules, je sais que c'est plus important pour certaines que pour d'autres, mais, moi j'essaie toujours de faire euh, une diminution progressive, euh, quand il y a des dosages différents, style l'Escitalopram, on fait 20, 15, 10, enfin voilà. Si c'est des produits qui se partagent, et bien je fais un jour entier, un jour un demi, un jour entier, un jour un demi pendant une, deux semaines, euh... et puis si ça se passe bien je dis de faire un demi-un demi, puis un demi un jour sur deux. Et puis au bout d'un moment la décroissance elle est plus psychologique qu'autre chose, mais, et puis je leur dis que s'ils ne sont pas bien pendant la phase de décroissance de manière durable, des symptômes qu'ils ne connaissaient pas, qu'ils voient à nouveau les choses en gris, qu'ils repassent au palier où ils étaient bien, qu'ils reprennent rendez-vous pour en discuter, voilà comment je fais. Et alors là, je réévalue si ce sont des symptômes dépressifs, parce que si je l'ai diminué, c'est que je le sentais bien sur le

plan psychique, donc je refais l'interrogatoire de départ un petit peu.,

I : Sur quelles ressources vous appuyez vous dans votre démarche ?

M12 : Bonne question. Je ne sais pas (rires). Euh, sur certainement mon expérience pratique de terrain. Après, euh, et puis le fait qu'il y ait certains produits, on sait très bien que si on l'arrête brutalement ils sont pas bien, ils ont des symptômes de sevrage.

I : Certains produits particuliers ?

M12 : Ben oui, les demi-vies courtes, enfin voilà. C'est sûr qu'avec le Prozac on n'a pas trop ce problème, mais certains oui.

I : Quelles difficultés pouvez vous avoir dans votre démarche ?

M12 : Euh, ben, en plus de tout ça, je ne sais pas.

I : Mais euh, dans la stratégie de sevrage, des difficultés ?

M12 : Oh non, ça, ça va.

I : Quelles améliorations, quelles aides pourrait-on apporter ?

M12 : Je ne sais pas, sinon je les utiliserai, je ne vois pas...

I : Rien qui permettrait de vous aider dans la décision ?

M12 : Euh... En fait, ce que j'aimerais bien, c'est peut être davantage de précisions sur la gestion des rechutes, des récidivistes, euh... voilà, comment se dire qu'on peut arrêter le traitement dans ces cas là, euh, combien de temps garder le traitement. Ça, ça pourrait être intéressant.

I : Ok. Rien d'autre ?

M12 : Alors si peut être, euh, alors parfois, j'ai remarqué que les gens qui avaient

suivi une psychothérapie pouvaient s'aider davantage des techniques de, euh, ceux qui ont fait des TCC, relaxation, ont plus de facilité que d'autres à arrêter le traitement. Donc je m'étais posé la question. Mais tout le monde n'y a pas accès, à, à, enfin... et certains refusent à faire des psychothérapies donc, euh, mais il me semble que ça peut aider oui.

I : D'accord. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M12 : Euh, non, euh....

I : Merci.

Entretien n°13 : 24/03/2017, 14min

I : L'arrêt des antidépresseurs, dans le cadre de la pathologie dépressive d'un adulte de 18-75 ans, qu'est-ce que cela vous évoque ?

M13 : Hmm... c'est un sujet très intéressant parce que effectivement, ou par routine, ou parce qu'on, que la personne est mieux ou comme ça, et bien des fois, ooon, on se demande s'il faut les arrêter. Bien qu'on ait mis en place au début euh, ce sujet là, enfin... Il faut les arrêter, donc euh, mais après, euh, c'est vrai que l'arrêt, euh... L'arrêt des anxiolytiques, je trouve que je l'aborde

plus facilement, très rapidement, je diminue très rapidement ; et l'antidépresseur, et bien, c'est pas simple comme situation. Quand la personne est bien, après, euh, j'arrive moins bien à les arrêter parce que euh, j'ai peur qu'il soit encore moins, enfin, maintenant qu'il est bien, j'ai peur qu'il soit à nouveau moins bien... Mais pourtant, euh, j'ai en tête ces 6 mois de prise, à partir du moment où on a stabilisé la situation, où il était mieux, donc euh... mais euh voilà. On sait jamais si c'est pas un peu tôt. Après, euh, les patients, euh, ils le rappellent quand même qu'ils veulent l'arrêter quand même, enfin, hmm, je pense qu'ils le

rappellent. Parce que parfois ils en ont marre aussi. Si ce n'est qu'ils l'arrêtent tout seuls et qu'on ne les revoit pas pendant un bon moment.

I : Ouais, donc des fois ils l'arrêtent tous seuls

M13 : Ouais.

I : Et, euh, ça pose problème ?

M13 : Non. Ah non, pas du tout. Ben non, souvent euh, ils ont bien agi. (rires). Ils ont passé le syndrome de sevrage tout seuls, ils ne sont pas revenus forcément.

I : Donc vous craignez l'arrêt.

M13 : Ouais, des fois, ouais. Ouais ouais ouais. De l'arrêter trop tôt... voilà.

I : Vous avez peur de l'arrêter trop tôt.

M13 : Ouais, qu'il y ait des rechutes, ouais. C'est difficile quand on a vu le patient pas bien euh... Et surtout quand c'est dans le cadre de personnes qui ont déjà rechuté, alors là, euh... on sait plus trop quand est-ce qu'il faut les arrêter. Quand c'est le premier épisode, bon. On y arrive plus facilement. Quand c'est une rechute, euh, ou même des dépressions saisonnières, qui reviennent régulièrement, on sait pas. Parce qu'on a des patients, qu'on voit arriver régulièrement. Tous les ans à la

même période. On les a instaurés, on les arrête, ils sont mieux pendant plusieurs mois, et après ils rechutent, c'est souvent la même période. On sait pas après si il faut les maintenir, je sais pas moi, à demi dose, au long cours, ou si il faut de façon per annuelle, les reprendre, euh, sur quelques mois et puis arrêter.

I : Donc vous avez des hésitations à l'arrêt, sur le moment de l'arrêt.

M13 : Ouais, ouais ouais ouais. Il y en a forcément. Est-ce qu'il est prêt ? Est-ce que c'est suffisamment... solide ? Et puis, on juge un état dépressif sous l'effet d'un médicament, pas sans. Donc voilà, euh... comment puis-je savoir avec certitudes que c'est le moment ?

I : Alors comment décidez vous de l'arrêt du coup ?

M13 : Ah toujours avec le patient.

I : C'est le patient qui vient avec cette demande ?

M13 : Non, non, non. Moi je l'ai aussi mais euh je l'arrête toujours en en discutant avec le patient. Je leur dis pas on arrête, je discute de leur bien-être, de ce qu'ils appréhendent, voilà c'est pas euh...Il y en a, on sent bien qu'on peut les arrêter, après euh, voilà. Et puis voilà, je leur dis

comment on l'arrête, euh, voilà euh, très très progressivement, euh, voilà. J'associe toujours le patient à l'arrêt du traitement. Toujours. Ah ouais ouais ouais. Bon il y a des fois je suis sûre, on peut l'arrêter, le patient le verbalise, il se sent vraiment beaucoup plus solide dans sa vie, il est prêt, il ne veut pas continuer ce traitement. D'autres fois, et bien euh, on sait jamais si c'est pas un peu tôt.

I : Hmm. D'accord.

M13 : Bon mais après il y a des gens, ils n'ont pas envie non plus hein, ils n'ont pas envie de l'arrêter. Parce qu'il y a de l'appréhension euh, des deux côtés, hein.... Moi j'ai une patiente, elle est traitée, parce que ça n'allait pas bien du tout, elle était venue vivre ici en début de retraite, problème de couple, problème existentiel, hein, vraiment elle n'était pas bien du tout. Je l'ai mise sous antidépresseurs. Maintenant ça fait bien plus d'un an, facilement, et quand elle revient elle me dit « je ne veux surtout pas l'arrêter, je me sens bien, mais comme je n'ai jamais été. » Alors je ne sais pas, peut être qu'elle avait un côté un peu maniaque, un peu, euh.... Mais elle me dit « je suis bien dans mes baskets, j'ai envie, de, de, de profiter des choses, je ne vois plus le mauvais côté systématique dans

chaque situation, euh, et euh, je ne me reconnais pas. Je ne sais pas comment je vivais avant, parce que je n'ai jamais connu le bonheur que je connais maintenant ».

I : Et donc elle a peur d'arrêter le traitement.

M13 : Ah oui, elle me dit, surtout ne me l'arrêtez pas celui là.

I : Elle va bien et vous ne l'arrêtez pas.

M13 : Oui, il y a des patients, ils sont bien on les arrête, d'autres ils sont bien, et on ne l'arrête pas. C'est surtout le patient qui me guide. Je respecte son choix. Mais c'est vachement compliqué quand on y pense hein. Cette patiente, elle rayonne elle a découvert quelque chose qui lui apportait beaucoup de bien, c'est difficile de ne pas être de son avis.

I : Vous souhaiteriez l'arrêter ?

M13 : Pff... non je ne sais pas. Pour le moment, je me fais guider par le patient. Mais maintenir un traitement comme ça, est-ce que c'est mieux... C'est complexe. Ça me rappelle l'époque où le Temesta était arrivé, tous les psychiatres adoraient cette molécule, et bien après on s'est rendu compte des problèmes que ça pouvait donner. Et bien pour

l'antidépresseur, je ne sais toujours pas, qu'est-ce que ça fait au long cours, comme effet... Enfin c'est un psychotrope quand même ça doit pas être dénué d'effets au long cours. Je me pose des questions. Ces personnes là, elles sont quand même dans une vie qui est euh, artificielle, je pense. Mais ils découvrent un bien être qu'ils n'ont pas envie de... Moi j'assimile ça aux IPP, des fois. Les IPP, chez certains douloureux chroniques, euh, gastralgiques chroniques, qui n'avaient pas d'ulcères, qui n'avaient pas, euh, mais quand même quand on les a mis sous IPP, et bien on n'arrive pas à les arrêter, même si il y a rien à la fibro, même s'ils n'ont pas de trou dans l'estomac, ils n'ont pas de raison de légitimité de prendre des IPP, dès qu'ils arrêtent ils sont douloureux. Ils ont connus l'avant, et avant ils étaient toujours douloureux, toujours inconfortables, et dès qu'on les a mis sous IPP, et bien, tout rentrait dans l'ordre.

I : Et du coup c'est pareil avec les antidépresseurs ? Le traitement n'est pas légitime et on ne peut pas arrêter ?

M13 : Voilà, des fois on est bien d'accord qu'on n'a plus l'impression qu'on traite une dépression, mais ils sont rentrés dans un monde qui n'est peut être plus la réalité, mais qui est vachement mieux

pour eux, et ils n'ont pas envie de l'arrêter. Et alors là, ça me fait me poser des questions tout de même ; d'une part est-ce qu'on a bien posé l'indication du traitement antidépresseur, pour lequel l'AMM est un épisode dépressif avéré, quoi. Est-ce qu'on les utilise vraiment à bon escient, moi je me pose la question. Est-ce que je ne l'ai pas juste instauré sur un mal être disons passager, et ensuite, il entre dans ce leurre qui est un monde où tout est beau, dans cet état de bien être et donc ne voudra pas l'arrêter. Certains réagissent de cette façon je trouve.

I : Il est, euh... dépendant ?

M13 : Je ne sais pas, non euh... je ne dirai pas qu'ils soient dépendants de leur traitement, ils se retrouvent dépendant du bien être que ça leur procure. Et ça, c'est ça que j'ai du mal, qu'on a du mal à, à enlever à certaines personnes. Mais c'est peut être encore une fois, de ma faute parce que je ne le prescris pas à bon escient, trop euh, facilement. Surement, hein, on le dit, hein, que les médecins français sont des grands prescripteurs de psychotropes, et d'anxiolytiques.

I : Une fois que vous avez décidé de l'arrêt de l'antidépresseur, quelle est votre démarche ?

M13 : Ben en fait euh, je parle toujours un peu de la même chose parce que c'est toujours les ISRS que j'utilise. Donc il y a quand même le risque des syndromes de sevrage donc, euh, je fais tout ça très progressivement, sur un à deux mois, en le revoyant au bout d'un mois, je fais très progressif. Genre 15 jours un demi comprimé, 15 jours, un demi un jour sur deux, puis bon, si ça se passe bien on est à un demi tous les 3 jours. C'est ma sauce à moi.

I : Et donc vous le revoyez aussi un mois plus tard.

M13 : Ouais, en général ouais. Et puis au bout d'un moment je leur dis, c'est bon (rires), à la prochaine. Et puis il y en a d'autres, coincés, entre deux eaux, souvent quand ils l'ont eu longtemps, qui ont une crainte qui arrive au milieu du sevrage, ils sont de nouveau effrayés de tout, parce qu'on les prescrit aussi dans les anxiétés généralisées aussi, hein, et c'est peut être là, quand il y a une anxiété associée qu'on n'arrive pas à les arrêter. Parce que, en fait c'est des personnalités aussi anxieuses, de fond, ces personnes dépressives. Du coup, oui en y repensant, ce doit être ceux là qui ont cette espèce de mal être, qui sont sur le qui-vive, qui ne dorment pas bien. Alors du coup, et bien

on sent bien qu'on va pas réussir à les arrêter, mais on diminue quand même la dose, on essaie de réduire la chimie quand même. Ils n'acceptent pas de l'arrêter.

I : D'où vient votre démarche ?

M13 : Alors, euh, complètement, euh (rires), empirique, complètement (rires). Je ne sais pas si c'est la bonne, je fais un accompagnement qui me semble acceptable, ça fonctionne bien. Mais je ne pense pas que ce soit la meilleure, enfin, ce n'est pas la méthode théorique, livresque, euh, les indications, c'est vraiment moi qui me fait ma sauce, mais en général, ça fonctionne. Je le fais doucement pour pas, pour qu'il n'y ait pas d'effet rebond, et pour éviter le syndrome de sevrage.

I : Qu'est ce qui pourrait vous aider dans votre pratique, comment pourrait-on améliorer votre pratique ?

M13 : Ben, euh... un référentiel, ce serait peut être, mais euh, peut être que c'est toi qui va me dire euh, est-ce qu'il existe une méthode euh codifiée, ou est ce que chacun y va un peu de sa méthode, de sa sauce, de son vécu, de son expérience, de la personne qu'il a en face, de ce qu'il ressent. Parce qu'il y a beaucoup de ressenti finalement dans cette situation,

de l'appréhension. Un référentiel ça peut être utile, pour avoir un succès dans l'arrêt je me dis qu'il faudrait, bon après je sais il y a le DSM 4, mais bon. Je codifie plus le départ d'un traitement, les indications. Mais après euh, je n'ai pas de visibilité sur la suite, la durée de traitement, l'arrêt de

traitement, que ce soit moins une nébuleuse.

I : D'accord. Avez-vous autre chose à ajouter ?

M13 : Non, c'est complexe et difficile.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 leurs 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

Exploration des représentations et des difficultés des médecins généralistes à l'arrêt d'un antidépresseur dans le cadre de l' EDC de l'adulte de 18-75 ans.

RESUME

Introduction : On retrouve dans les données statistiques une augmentation de la durée de consommation des antidépresseurs, qui pourrait être en lien avec la présence de difficultés à leur arrêt. Notre objectif était d'explorer et comprendre les représentations et les éventuelles difficultés des médecins généralistes concernant l'arrêt des antidépresseurs dans le cadre d'un EDC d'un adulte de 18-75 ans.

Matériels et Méthodes : Etude qualitative semi-dirigée auprès de médecins généralistes du Tarn et des Pyrénées Atlantiques.

Résultats : 13 entretiens ont été menés. L'arrêt reposait généralement sur un accord médecin-patient. Les réticences et appréhensions du patient étaient un des freins à l'arrêt les plus cités. Celles-ci pouvaient expliquer certains échecs en milieu de sevrage, et le maintien parfois prolongé d'une petite dose. Certains médecins ont reconnu avoir des incertitudes lors de la décision à l'arrêt du traitement, étant donné le risque de rechute et récurrence, et en particulier : en l'absence de psychothérapie associée, en cas de récurrence dépressive, en présence de comorbidités, et en cas de traitements prolongés depuis plusieurs années. L'arrêt était toujours progressif, mais il n'y avait pas de stratégie de sevrage unifiée, et se réalisait sans référence précise. Ceci ne semblait cependant pas être une source de difficulté.

Conclusion : Notre étude reflète certaines caractéristiques de la médecine générale, notamment celle d'une approche centrée patient, et met en évidence que l'arrêt du traitement peut être source d'incertitudes et de difficultés. D'autres études permettraient de compléter nos résultats.

Mots-clés : médecine générale, dépression, antidépresseurs, déprescriptions

Exploration and understanding of antidepressant withdrawal and its difficulties, in primary care, in the framework of MDD of a 18-75 years old adult

ABSTRACT

Introduction : We find in statistical data an increase of the duration of consumption of antidepressants, which could be in connection with withdrawal difficulties. Our aim was to explore and to identify those difficulties among GPs within the framework of depression of a 18-75 years old adult.

Methods : we carried out a qualitative study in the form of semi-structured interviews among GP in Pyrénées Atlantiques and Tarn.

Results : 13 GPs were interviewed. Antidepressant withdrawal generally depended on an agreement between patient and doctor. Patients' fear of relapse and reluctances, was the main reason of antidepressant continuation. Those fears could explain some failures during withdrawal, and the antidepressant maintenance to small dose. Several GPs recognized the uncertainty of medical decision, given the risk of relapse, in particular : when patients did not follow any psychotherapies, in case of depressive recurrence, in case of somatic comorbidities, and in case of long term treatment. Discontinuation of treatment was gradually made, without any plan or reference, but was not considered as being a source of difficulty.

Conclusion : Our study reflects some characteristics of the general medicine, like a patient centered approach and highlights that treatment discontinuation can be source of uncertainties and difficulties. Further studies may precise our findings.

Keywords : general practice, depression, antidepressive agents, deprescriptions

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'U.F.R : 146 rue Léo Saignat, case 148, 33076 Bordeaux, CEDEX
