



HAL
open science

Recettes et stratégies des médecins deprescripteurs

Laure Warnier de Wailly - Serey

► **To cite this version:**

Laure Warnier de Wailly - Serey. Recettes et stratégies des médecins deprescripteurs. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03481330

HAL Id: dumas-03481330

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03481330v1>

Submitted on 15 Dec 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020

N° 5

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 23 janvier 2020

Par

Laure WARNIER DE WAILLY - SEREY

Recettes et stratégies des médecins deprescripteurs

Dirigée par M. le Docteur Mourad Mahmoud

et M. le Professeur Jean-Claude Schwartz

JURY

M. le Professeur Olivier Saint-Jean	Président
M. le Docteur Mourad Mahmoud	Directeur
M. le Professeur Jean-Claude Schwartz	Directeur
M. le Professeur Robert Sourzac	Membre du jury
M. le Docteur Hamat Sall	Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

*“Face aux maladies, avoir deux choses à l’esprit :
faire du bien, ou au moins ne pas faire de mal”*

Hippocrate, *Epidémies*.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier Saint-Jean,

Vous me faites aujourd'hui le grand honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude Schwartz,

Merci de m'avoir fait confiance dès le début et de m'avoir transmis ta passion de la déprescription. Merci pour tes idées, ta disponibilité et ton humour tout au long de ces deux années.

A Monsieur le Docteur Mourad Mahmoud,

Merci d'avoir accepté de t'associer au Professeur Schwartz dans cette direction de thèse. Ton expérience de la thèse qualitative, tes conseils et ta patience m'ont permis d'aller jusqu'au bout.

A Monsieur Le Professeur Robert Sourzac,

Pour avoir accepté de juger mon travail. Merci de m'avoir fait confiance pendant mon SASPAS et de m'avoir enseigné votre belle vision de la médecine, centrée sur le patient.

A Monsieur le Docteur Hamat Sall,

Pour avoir accepté de juger ce travail. Merci d'avoir guidé mes pas au début de l'internat, avec humour et gastronomie. Merci de m'avoir communiqué ta manière d'écouter les patients et d'en prendre soin.

Aux généralistes qui ont accepté de participer à cette étude. Merci de m'avoir enseigné l'art de la déprescription.

Aux médecins qui m'ont accompagné durant mon cursus. Merci en particulier à ma tutrice Ségolène Puechlong.

A Christiane, pour sa relecture attentive.

A ma famille : de la première année à la thèse, je n'y serais jamais arrivée sans vous. Papa et Maman, merci pour votre soutien sans faille sur mes choix dans la vie : service premium ! Matthieu, Martin et Noémie, merci pour cette enfance de folie, vous êtes des frères et sœur géniaux !

A mes amis, pour les bons moments passés et à venir. Marine, Blandine, Flore et Thibault pour être toujours là quand il faut ! La sous-colle pour nos bières. Mathilde pour ton anglais infallible et tes 490 références pour 341 pages. Les amis Fk et ceux de médecine parce que la vie serait tellement moins bien sans vous !

A Kevin, pour ce chemin à deux qui ne fait que commencer. Merci pour ton soutien, ta patience, ton amour et ton humour... tout au long de notre vie.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

REMERCIEMENTS	7
SERMENT D'HIPPOCRATE	9
TABLE DES MATIERES	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
1. POLYMEDICATION	14
2. IATROGENIE MEDICAMENTEUSE	15
3. OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE.....	16
4. DEPRESCRIPTION	20
5. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ETUDE	22
MATERIELS ET METHODES	23
1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	23
2. CHOIX DE LA METHODE.....	23
3. POPULATION DE L'ETUDE	23
4. EQUIPE DE RECHERCHE	24
5. GUIDE D'ENTRETIEN.....	24
6. ENTRETIENS.....	25
7. RETRANSCRIPTION	26
8. ANALYSE DES DONNEES	26
9. CRITERES DE QUALITE	27
RESULTATS.....	29
1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	29
2. DEFINIR LA DEPRESCRIPTION	29
3. LE MEDECIN	35
4. LE PATIENT	48
5. LA RELATION MEDECIN-PATIENT.....	51
6. LA CONSULTATION	56
7. L'ORDONNANCE	61
8. LE RAPPORT AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	69
DISCUSSION	73
1. METHODOLOGIE	73
2. ANALYSE DES RESULTATS.....	74
3. LA DEPRESCRIPTION AU SEIN DE LA MARGUERITE DES COMPETENCES.....	85
4. CREATION D'UN GUIDE DE DEPRESCRIPTION	87

CONCLUSION.....	91
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	99
ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL.....	99
ANNEXE 2 - GUIDE D'ENTRETIEN FINAL	100
ANNEXE 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECRIT.....	101
ANNEXE 4 - GRILLE D'EVALUATION COREQ.....	102
ANNEXE 5 - ANALYSE THEMATIQUE.....	104
ANNEXE 6- MARGUERITE DES COMPETENCES	110
ANNEXE 7 - CORPUS DES VERBATIMS	111

Liste des abréviations

ACOVE : Assessing Care Of Vulnerable Elders
ACFA : Arythmie Cadique par Fibrillation Ventriculaire
AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
APNET : Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
ARP : Apprentissage par Résolution de Problème
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CMGF : Congrès Médecine Générale France
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
COREQ : CONSolidated criteria for REporting Qualitative research
DPC : Développement Professionnel Continu
ECN : Examen Classant National
EIM : Événement indésirable médicamenteux
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS : Haute Autorité de Santé
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
IPP : Inhibiteur de Pompe à Protons
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MAI : Medication Appropriateness Index
NNT : Number-Needed-to-Treat
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle Infantile
PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé
RO : Renouvellement d'Ordonnance
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SCORE : Systemic Coronary Risk Estimation
SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
STOPP-START : Screening Tool of Older Persons' Prescriptions-Screening Tool to Alert to Right Treatment
TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

Introduction

Depuis toujours, les hommes utilisent des remèdes pour soigner leurs maladies. L'évolution de la science a permis l'utilisation de nombreux médicaments, permettant ainsi d'améliorer l'état de santé de la population. Cependant, notre société actuelle a vu grandir une surmédicalisation. Les français voient leur médecin 5 fois par an, contre 3,2 fois aux Pays-Bas. Les médecins français prescrivent plus de médicaments que leurs voisins : 1,6 en moyenne par patient au cours des sept derniers jours contre 0,9 aux Pays-Bas (1). Tout doit être réglé par la médecine et les médicaments. Le vieillissement de la population a également favorisé la profusion de polypathologies, entraînant une polymédication toujours plus importante. En effet, la dépense de médicament par habitant et par an est passée de 289 € à 510 € entre 2005 et 2016 (2).

De ces traitements découlent effets secondaires et interactions médicamenteuses. Plus ou moins anticipés, ils entraînent une morbi-mortalité non négligeable. En 2014, une étude au CHU de Grenoble conclut à 11,4% de décès liés aux médicaments (3). D'autre part, certains traitements utilisés largement n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, comme les AINS topiques (4) ou les statines en prévention primaire (5). Diminuer le nombre de traitements inutiles pourrait ainsi faire diminuer le coût de la santé, par la réduction du nombre de médicaments, mais également du nombre d'hospitalisations liées à la iatrogénie.

Dans ce contexte, quelques médecins menés par Patrice Queneau en 2004 ont tiré la sonnette d'alarme et appelé à « déprescrire » (6).

La déprescription permet d'arrêter ou de modifier un traitement, dans le but d'améliorer la santé du sujet. Depuis 2004, de nombreux travaux ont vu le jour afin de caractériser les freins et déterminants de la déprescription. Ces écrits exposent les difficultés rencontrées par les généralistes pour déprescrire, mais rapportent peu de réponses concrètes. Comment réussir à déprescrire de manière appropriée, afin d'améliorer la santé de la population ?

Nous verrons d'abord comment la polymédication a favorisé la iatrogénie médicamenteuse. Puis nous aborderons la problématique du bon usage du médicament, qui a contribué à engager une réflexion autour de la déprescription.

1. Polymédication

En 2000, la France était le premier pays européen consommateur de médicaments. Depuis, les autres pays (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Royaume-Uni) l'ont rattrapé, mais la consommation des français continue d'augmenter (7). La consommation française de médicaments a doublé entre 1999 et 2011 (8).

La polymédication est définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (9). Le nombre de médicaments à partir duquel on peut parler de polymédication n'est pas déterminé. Une revue de la littérature en 2017 a retrouvé le chiffre de cinq médicaments comme seuil le plus courant. Il correspondrait à l'augmentation majeure des effets indésirables à partir de cinq traitements simultanés, sans pour autant avoir retrouvé de justification scientifique (10). Cependant, ce chiffre tend à augmenter avec les années. Le terme d'hyper-polymédication est ainsi apparu en 2012 pour désigner une consommation de plus de 10 médicaments (11). La polymédication reste un concept subjectif. La notion d'une administration excessive de médicaments dans la définition de l'OMS exprime la volonté de diminuer cette polymédication.

La polymédication en France s'explique par deux phénomènes. Tout d'abord, la population française continue de vieillir. En effet, il y a actuellement 15 millions de personnes de plus de 60 ans et 1,4 millions de plus de 85 ans. En 2060, ces populations passeront respectivement à 24 millions et 5 millions (12). Avec ce vieillissement de la population, on assiste à une augmentation des patients polypathologiques et donc « polymédiqués ». L'étude OPRA en 2003 retrouve 47% d'ordonnances avec plus de cinq médicaments chez les plus de 70 ans (13). L'étude réalisée en 2011 à l'HEGP montre que les personnes de plus de 80 ans prennent en moyenne cinq médicaments différents, ingérant environ dix comprimés par jour (8). L'IRDES détermine en 2015 que 40% des plus de 75 ans prennent plus de 10 médicaments

par jour (14). Cependant, la polymédication reste parfois indispensable à la santé du patient. En effet, avec le vieillissement de la population, les patients polypathologiques sont de plus en plus nombreux. Un patient diabétique, hypertendu, ayant fait un infarctus aura inévitablement plus de cinq médicaments nécessaires au vu de ses pathologies.

D'autre part, la médecine, toujours plus précise dans ses diagnostics et ses traitements, peut tendre vers une surmédicalisation (15). Ce concept réunit toutes les pratiques médicales non validées en termes de bénéfices apportés aux patients, potentiellement nuisibles et donc inutilement coûteuses (16). En pratique, chaque pathologie, aussi bénigne soit-elle, peut se traiter avec un médicament, ce qui allonge l'ordonnance. En France, l'automédication représentait en 2018 12,9% du marché du médicament, pour un chiffre d'affaires de plus de 2 milliards d'euros (17). Les traitements symptomatiques de la rhinopharyngite (expectorants, antitussifs) font partie des spécialités les plus vendues en officine de ville en 2013 (18). En 2018, 45% des Français prennent au moins un médicament tous les jours (19).

Ces traitements pris séparément génèrent des effets indésirables qui s'accumulent. La présence d'interactions médicamenteuses entre les différents médicaments augmente encore davantage le risque iatrogénique.

2. Iatrogénie médicamenteuse

L'étymologie de « iatrogénie » provient du grec iatros (médecin) et genos (origine). Les événements indésirables seraient donc « provoqués par le médecin ». En 1969, l'OMS définit la iatrogénie médicamenteuse comme « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme » (1). Les effets indésirables des médicaments apparaissent seuls, spontanément ou lors d'évènements aigus. Ils peuvent également apparaître par interactions avec d'autres substances.

Ce sont les événements indésirables médicamenteux (EIM) qui sont étudiés dans la littérature. Ils regroupent les accidents médicamenteux liés à la prescription médicale ne

respectant pas le bon usage du médicament, mais aussi ceux induits par des erreurs d'observance et des automédications inappropriées (20).

En France, une étude de l'APNET (Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique) a été réalisée en 1998 puis en 2003 sur sept services d'accueil des urgences afin d'évaluer l'importance des EIM (21). Les résultats de l'étude sont alarmants : 15% des admissions aux urgences sont imputables de façon vraisemblable aux EIM. Chez les patients prenant plus de cinq médicaments, les EIM sont à l'origine de 30% des admissions. Les médicaments incriminés sont principalement les psychotropes, les diurétiques, les anticoagulants et antiagrégants, les antalgiques et les AINS.

Aux Etats-Unis, une méta-analyse de 1998 conclut à plus de 100 000 décès par an liés aux EIM, tous traitements confondus, chez les patients hospitalisés. La iatrogénie pourrait être la quatrième cause de mortalité aux Etats-Unis, devant le diabète et les pneumopathies (22). Le coût des EIM, en majeure partie lié aux hospitalisations nécessaires suite à l'apparition de l'EIM, aurait atteint 177 milliards de dollars en 2000 aux Etats-Unis (23).

Les EIM observés dans les différentes études sont souvent évitables. C'est pourquoi les membres de l'APNET proposent des mesures préventives afin de diminuer la morbi-mortalité liée aux EIM (24):

- Strict respect du « bon usage du médicament » par les prescripteurs
- Surveillance des médicaments (observance, tolérance, efficacité)
- Education thérapeutique des patients

La mise en pratique de ces propositions s'est traduite par une réelle volonté d'optimisation de la prescription médicamenteuse.

3. Optimisation de la prescription médicamenteuse

La prise de conscience de l'ampleur du problème a fait réagir les pouvoirs publics. En 2006, la HAS lance un programme d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) (25). Les objectifs de ce programme sont l'amélioration de la prescription et la

maîtrise du risque iatrogénique. La première phase du programme PMSA propose de privilégier l'approche par pathologie ou situation clinique à traiter puis de rédiger l'ordonnance en fonction du résultat. L'HAS propose ensuite une révision de l'ordonnance, programmée ou non, avec analyse des médicaments pris par le patient. Le but est de valoriser les deux étapes de la prescription : la primo-prescription et le suivi du traitement sur le plan de l'efficacité et de la tolérance. L'institution insiste également sur le réflexe iatrogénique, à avoir en mémoire dès l'apparition d'un nouveau symptôme. La deuxième phase du PMSA propose une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les médecins généralistes doivent se poser plusieurs questions sur chaque dossier de patient concerné :

- La liste des pathologies est-elle établie ?
- La liste des médicaments est-elle établie ? (Autres prescripteurs potentiels, automédication éventuelle)
- La personne gérant le traitement au quotidien est-elle identifiée ? (Le malade, un aidant)
- La clairance de la créatinine datant de moins d'un an est-elle disponible ?
- L'existence de chutes a-t-elle été recherchée depuis moins d'un an ?
- Les critères d'efficacité sont-ils suivis pour tout nouveau médicament ?
- Les critères de tolérance sont-ils suivis pour tout nouveau médicament ?

Ce programme poursuivi jusqu'en 2013 est pourtant peu connu des médecins généralistes. Les tableaux proposés par la HAS afin de réévaluer chaque traitement et chaque pathologie restent très chronophages donc inutilisables en dehors de la recherche médicale.

Des listes permettent d'identifier les médicaments potentiellement inappropriés. Les **critères de Beers** sont publiés en 1991. Revus en 2015, ils proposent une liste de médicaments à proscrire chez toute personne âgée (26). La liste reste cependant fastidieuse d'utilisation, avec de nombreux médicaments peu utilisés en pratique quotidienne comme la ticlopidine (antiagrégant plaquettaire).

La **liste Laroche** en 2007 est la première liste créée pour la population française (27). Elle suggère des médicaments à éviter dans la population générale et en particulier chez les personnes âgées. Son originalité réside dans la proposition d'alternatives thérapeutiques aux traitements à proscrire. Ainsi, elle propose de remplacer les laxatifs stimulants par des laxatifs

osmotiques, les antihypertenseurs centraux par d'autres classes d'antihypertenseurs ou encore les hypnotiques par des benzodiazépines à demi-vie courte.

Des scores ont également été inventés dans le but d'améliorer les prescriptions. En 1994 est inventé le score **MAI** (Medication Appropriateness Index) (28). Réactualisé en 2014, c'est le score le plus courant et le plus validé pour mesurer les prescriptions inappropriées. Il propose dix items pour chaque médicament :

- Indication
- Efficacité
- Dose adaptée
- Directives adéquates du prescripteur
- Directives concrètes et pratiques
- Présence d'interactions médicamenteuses
- Présence de contre-indications
- Redondance
- Durée de traitement
- Rapport coût-efficacité.

Il permet ainsi au prescripteur de réévaluer son ordonnance.

Les critères **STOPP-START** restent une référence dans la gestion du bénéfice-risque chez les sujets âgés (29). Ils permettent de cibler les traitements à stopper au bénéfice-risque défavorable mais également d'introduire des médicaments au bénéfice-risque favorable. La liste est organisée par système physiologique, adaptée à des vignettes cliniques. Elle propose par exemple dans le « système cardiovasculaire » d'arrêter le vérapamil s'il existe une insuffisance cardiaque grave, ou de stopper le furosémide si l'indication n'est pas respectée (œdèmes dus à de l'insuffisance veineuse et non d'origine cardiaque). Dans le « système nerveux central », elle suggère l'arrêt des neuroleptiques chez les parkinsoniens ou de la L-dopa sur des tremblements bénins.

Enfin, les critères **ACOVE** établis en 2001 aux USA pour les personnes âgées fragiles permettent d'évaluer la qualité des soins. Seize critères ciblent le médicament. Les principaux sont :

- Indication d'un nouveau médicament

- Education du sujet
- Actualisation et analyse de la liste de médicaments
- Analyse de la réponse au traitement
- Monitoring précis pour certains médicaments (AVK, diurétiques, IEC)
- Eviter certains médicaments (anticholinergiques, barbituriques)
- Révision annuelle du traitement

En 2014, la HAS publie une note de synthèse sur l'amélioration de la prescription chez la personne âgée (30). Les événements indésirables évitables sont d'abord dus à une communication insuffisante entre le médecin et son patient mais également entre le médecin et les autres professionnels de santé. Il existe un manque de coordination entre prescripteurs ainsi qu'un manque de formation des professionnels et du grand public. D'autre part, les nombreux outils disponibles d'optimisation d'ordonnance restent peu utilisés. Suite à ces constats, la HAS a développé le projet de conciliation médicamenteuse. L'objectif est d'améliorer la communication ainsi que la concertation entre prescripteurs, à chaque modification d'ordonnance. Le dossier médical partagé pourrait faciliter cette communication. Le projet de conciliation médicamenteuse permettrait ainsi une amélioration de la qualité des soins.

L'utilisation de ces aides à la prescription sont possibles en milieu hospitalier. L'essai OMAGE en 2011 associe une conciliation médicamenteuse, une optimisation de l'ordonnance via le programme PMSA et une éducation thérapeutique du patient (31). On observe une diminution significative des ré-hospitalisations à trois mois. Cette étude réalisée en milieu hospitalier n'est évidemment pas applicable en médecine ambulatoire.

Les généralistes sont en demande d'aides adaptées à leur exercice. Ils pourraient pratiquer la déprescription au sein de leurs consultations.

4. Déprescription

A) L'émergence de la déprescription

E. Reeve présente en 2015 après analyse de la littérature une définition unique de la déprescription, qui serait le « processus de retrait d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de santé, dans le but de réduire la polymédication et d'améliorer la santé » (32).

Le terme de déprescription apparaît pour la première fois en France dans un article de 1982, où J. Mouret invite à déprescrire les somnifères (33). Ce néologisme est ensuite théorisé en France par P. Queneau en 2004, qu'il définit comme « l'arrêt volontariste de l'action de prescrire » (6). La déprescription rentre dans le cadre du « bien prescrire ». C'est une réévaluation systématique de l'ordonnance. L'objectif est de réduire les accidents en supprimant les traitements inutiles ou dangereux. C'est une réévaluation permanente de la balance bénéfico-risque qui cible tout patient et pas seulement les personnes âgées. Déprescrire se fait au cas par cas, en fonction du contexte, sans liste préalable de traitements à proscrire (34). Sont ciblés les traitements inappropriés, ceux non pris par le patient, à risque majoré par le contexte actuel, ou provoquant des interactions avec d'autres médicaments. Afin d'aider les médecins, P. Queneau propose un plan de déprescription :

- Etablir avec le patient la liste complète des traitements
- Evaluer l'observance
- Réévaluer régulièrement chaque traitement reçu
- Identifier les traitements pouvant être arrêtés ou substitués
- Etablir un planning de déprescription
- Surveiller les patients après la déprescription

L'auteur insiste sur le fait que ce plan devrait être évalué afin de juger de sa pertinence. Il propose une formation spécifique à la déprescription afin d'améliorer l'état de santé de la population.

Dans la littérature anglo-saxonne, on voit le terme « deprescribing » en 2003 dans un article australien qui propose d'améliorer la santé des personnes âgées en réduisant leur nombre de médicaments (35). L'auteur suggère de planifier la déprescription en partenariat

avec le patient et en lien avec les autres professionnels de santé. Son programme de déprescription est le suivant :

- Liste de tous les traitements (y compris l'automédication)
- Indication des traitements
- Compliance / observance
- Identification des effets indésirables
- Repérer les traitements à arrêter
- Programmer la déprescription en hiérarchisant les traitements à suspendre

Le suivi des patients reste important afin d'évaluer la tolérance de la déprescription.

B) Les difficultés à déprescrire

Il existe plusieurs obstacles à la déprescription. P. Queneau pointe d'abord le manque de formation des médecins. Un enseignement dans le cadre de la formation initiale et continue pourrait améliorer la déprescription. Il admet également une certaine difficulté à établir la liste complète des traitements et à évaluer l'observance des patients. Prescrire reste plus facile que non-prescrire et à fortiori déprescrire.

M. Woodward retrouve deux freins majeurs : le manque de temps et de communication. En effet, les programmes de déprescription permettent de réduire les événements indésirables mais sont extrêmement chronophages et nécessitent une concertation entre professionnels de santé (35). Le manque de communication entre le médecin et son patient peut également mettre en échec le projet de déprescription.

Depuis 2008, quinze thèses françaises de médecine générale sur la déprescription ont été écrites. Six études interventionnelles montrent que la déprescription est possible. Elles sont cependant réalisées dans un cadre spécifique, à l'hôpital ou lors de réunions de concertation entre professionnels de santé (36–41). Deux thèses qualitatives abordent la déprescription auprès des patients (42,43). Les résultats sont encourageants : les patients sont ouverts à la déprescription. Enfin, sept thèses qualitatives abordent le point de vue des médecins généralistes (44–50). Le principal point de convergence reste la difficulté à déprescrire, malgré quelques propositions d'améliorations, notamment sur la formation (45,49).

5. Problématique et objectif de l'étude

La déprescription est considérée comme une pratique exigeante et complexe, mais qui pourrait améliorer la santé de la population générale. Les médecins se retrouvent en difficulté pour déprescrire au cabinet. Ils dénoncent un manque de temps et de formation à la déprescription (45,46).

Notre hypothèse repose sur le fait que des médecins généralistes ont intégré dans leur pratique la compétence de déprescription, qu'ils ont acquise par des formations, des lectures ou par expérience.

Nous voudrions interroger ces médecins, afin d'identifier les clefs de leur réussite. Nous souhaiterions savoir quels sont les outils des médecins déprescripteurs : quelles stratégies mettent-ils en œuvre afin de déprescrire sereinement ?

L'objectif principal de l'étude est d'obtenir des recettes et stratégies de déprescription provenant des médecins interviewés. L'objectif secondaire consiste en la rédaction d'un guide issu des pratiques de ces médecins. Ce guide pourrait être distribué aux jeunes médecins en formation, afin de leur faire prendre conscience de la faisabilité de la déprescription au quotidien.

Matériels et Méthodes

1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été menée de mai 2018 à septembre 2019, sur les sites Pubmed, Sudoc, BIU Santé et Google Scholar. Les mots clés en français étaient « déprescription », « polymédication », « surmédicalisation », « iatrogénie », « recherche qualitative » et « deprescribing », « polypharmacy », « medical overuse », « adverse effects », « qualitative research » en anglais. Les documents ont été classés à l'aide du logiciel Zotero.

2. Choix de la méthode

Nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative, descriptive, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins déprescripteurs pour répondre à notre objectif. Cette méthode nous paraissait appropriée afin d'étudier le fonctionnement de ces médecins. C'est une démarche scientifique validée, moins connue cependant que la recherche quantitative. Elle est utilisée depuis les années 90 dans la recherche en santé et est entrée dans le répertoire « MESH » depuis 2003. Utilisée à l'origine en sociologie, elle analyse les pensées complexes et les réflexions des participants, difficiles à quantifier. La recherche qualitative permet ainsi d'étudier des comportements, des expériences, des émotions, de manière holistique, sans idées préconçues (51).

3. Population de l'étude

Les participants devaient être des médecins généralistes en exercice, habitués au concept de déprescription. Ils ont été sélectionnés en Ile-de-France par souci de faisabilité. Une partie de ces médecins a été recrutée dans l'entourage des chercheurs dans le cadre d'un échantillonnage par effet boule de neige (52). D'autres ont été contactés car ils avaient un lien étroit avec la déprescription (publications ou enseignements sur le sujet). La représentativité de l'échantillon n'est pas indispensable dans le cadre d'une thèse qualitative, le but étant d'arriver à saturation de données au fil des entretiens. Nous avons cependant contacté des médecins d'âge, de sexe, et de lieu d'exercice différents afin de rechercher des divergences

d'opinions. Certains médecins évoluaient dans l'entourage de l'enquêtrice, sans pour autant avoir de liens étroits avec elle. Ces liens n'ont donc pas influencé les entretiens.

Les médecins ont été contactés par un mail qui expliquait dans les grandes lignes l'objectif de la thèse. Ceux qui n'avaient pas répondu étaient relancés quinze jours après.

4. Equipe de recherche

La totalité des entretiens et de l'analyse ont été réalisés par la thésarde durant l'année scolaire 2018-2019. Je n'avais cependant aucune expérience en recherche qualitative. J'ai donc lu et assimilé plusieurs ouvrages sur le sujet puis parcouru plusieurs thèses qualitatives afin de me familiariser avec cette méthode de recherche (53,54). Mes deux directeurs de thèse avaient déjà entrepris ce type d'étude, permettant ainsi d'apporter leur expertise (55).

5. Guide d'entretien

Nous avons décidé d'entreprendre des entretiens individuels semi-dirigés. L'entretien individuel permettait un discours libre des participants. Les questions ouvertes leur laissaient la possibilité d'exprimer leurs pensées, sans influence de la part de l'enquêtrice.

Le guide d'entretien a été construit par l'enquêtrice et ses directeurs de thèse. Il abordait les thèmes retenus et identifiés à l'avance à travers les données issues à la fois de la littérature et de façon empirique par la discussion et l'émulation intellectuelle entre les chercheurs. Il comportait initialement six questions ouvertes avec possibilité de poser des questions de relance sur le même thème (annexe 1). Deux entretiens exploratoires ont familiarisé l'enquêtrice à l'exercice. La simultanéité de la collecte des données et de l'analyse a permis de mieux cibler les questions (54). Au bout des quatre premiers entretiens, le guide a été remodelé par les chercheurs, aboutissant à 8 thèmes (annexe 2) :

- Présentation générale du médecin
- Formation à la déprescription
- Expérience de déprescription
- Aborder la déprescription
- Appuis en consultation
- Médicaments de prédilection
- Réactions des patients
- Entraves à la déprescription

6. Entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2018 et avril 2019, dans le lieu et au moment choisi par les médecins interrogés. Il s'agissait, dans la plupart des cas, du cabinet d'exercice et moins souvent au sein des locaux du département de médecine générale de Paris Descartes. Les entretiens étaient réalisés en face-à-face. Un médecin (M11) a été interviewé en présence de son interne.

Le guide d'entretien était prévu pour durer environ vingt minutes. Les participants signaient d'abord un consentement écrit pour l'enregistrement des entretiens (annexe 3). Après une présentation rapide de l'enquêtrice et de la thèse, les participants étaient invités à répondre aux thèmes proposés.

Le guide d'entretien était entièrement assimilé par l'enquêtrice, qui posait ainsi les questions sur le mode de la conversation, dans un ordre variable en fonction des réponses apportées par l'enquêté. Toutes les questions devaient être abordées à l'issue de l'entretien. Cela a permis de fluidifier l'entretien, afin de recueillir la pensée « vraie » du médecin interrogé. L'enquêtrice dirigeait les participants par des relances adéquates, permettant ainsi de balayer l'ensemble des thèmes, sans jugement ni influence de sa part. Cette méthode a effectivement permis un discours libre et spontané des enquêtés, dévoilant la complexité de leur réflexion.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique Philips DVT2050 et par un smartphone Samsung Galaxy J3 via l'application « enregistreur vocal ». La retranscription du non-verbal était faite après l'entretien sous forme de notes manuscrites, pour ne pas gêner la fluidité de la conversation.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens suivants n'apportent plus d'élément nouveau à l'enquête (51). Nous avons réalisé cinq entretiens supplémentaires pour confirmer cette saturation, pour un total de seize entretiens.

Après avoir examiné les thèses qualitatives interrogeant des médecins généralistes sur la déprescription, nous avons constaté une saturation des données autour de dix à quinze entretiens. Au total, nous avons contacté vingt-deux médecins dans le cadre de cette étude. Dix-huit personnes ont répondu favorablement. Dix-sept entretiens ont été achevés. Le dernier entretien n'a pas été réalisé, l'étude étant arrivée à saturation de données.

7. Retranscription

La totalité des verbatims a été retranscrit sur des fichiers Word. Les hésitations, erreurs de langage ainsi que la communication non-verbale (rires, gestuelle) ont également été retranscrits afin de conserver l'authenticité du propos.

Les entretiens ont été anonymisés. Les noms et prénoms des médecins ont été remplacés par « M1 », « M2 » etc., les facultés de médecine par « Faculté 1 », « Faculté 2 », les villes d'exercices par « Ville 1 », « Ville 2 », les étudiants par « Etudiant 1 », « Etudiant 2 ». L'enquêtrice a été désigné par la lettre E. Après la retranscription et l'anonymisation de l'ensemble du corpus, les enregistrements vocaux ont été détruits de manière définitive.

8. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par théorisation ancrée (grounded theory). C'est une démarche empirique, qui permet de créer une théorie à partir des propos des personnes interrogées. Il s'agit de coder les verbatims par unité de sens. Dans un deuxième temps, les codages sont mis en relation entre eux par catégories puis par thèmes, afin de modéliser le phénomène étudié (54). La construction et la validation de l'analyse se fait simultanément, au fil des entretiens. Dans une démarche inductive, l'arbre thématique final a été déterminé à partir des données du corpus.

Les données ont été analysées via le logiciel Excel. Aucun logiciel d'aide à l'analyse qualitative (type Nvivo) n'a été utilisé.

Nous avons réalisé une triangulation dite « triangulation du chercheur ». Un échantillon du corpus a été analysé par deux internes, l'un en médecine générale réalisant également une thèse qualitative, l'autre en anesthésie-réanimation, n'ayant pas d'expérience dans ce domaine. Les codages par unité de sens restaient similaires, permettant d'apporter de la crédibilité à l'analyse (56).

9. Critères de qualité

La qualité de la recherche a été optimisée par l'utilisation de l'échelle COREQ (critères qualité des recherches qualitatives). Nous avons utilisé la traduction française 2015 de Michel Gedda (57). Cette grille comporte 32 items portant sur la conception de l'étude, l'équipe de recherche et l'analyse des données (annexe 4). Notre étude répond à 84,4% de ces critères.

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt particulier dans le cadre de cette étude.

Résultats

1. Caractéristiques des participants

Nous avons décidé de ne pas réaliser d'analyse quantitative afin de nous focaliser sur les résultats qualitatifs. Néanmoins, les participants avaient des caractéristiques diverses afin de générer des différences d'opinions. Des hommes et des femmes ont été interrogés, des jeunes médecins et des moins jeunes. Certains exerçant seuls, d'autres en groupe, au sein de maisons ou centres de santé. Les médecins exerçaient tous en région parisienne, cependant les populations et conditions d'exercices n'étaient pas les mêmes selon le lieu d'installation.

Nous avons interrogé dix-sept médecins généralistes. Un entretien a été exclu car le participant n'avait pas un exercice de médecin généraliste et était à la retraite. Nous sommes arrivés à saturation de données à partir du onzième entretien. Les cinq autres ont été réalisés pour confirmer cette saturation. La durée des entretiens allait de 19 minutes à 39 minutes.

Les résultats de la thèse sont regroupés par des thèmes issus de l'analyse de l'ensemble des verbatims. Ils sont ensuite mis en relation et modélisés par l'arbre thématique présenté dans la discussion (figure 1).

2. Définir la déprescription

Les médecins interrogés ont défini la déprescription selon leur conception et leur expérience personnelle.

a) Un état d'esprit :

Pour tous, la déprescription était avant tout un état d'esprit.

Il était nécessaire de **remettre en cause sa pratique** en permanence : « *Oui c'est un processus, c'est une démarche, c'est... c'est toujours... c'est un questionnement, une remise en cause perpétuelle.* » (M15). Les médecins devaient accepter de modifier leur comportement : « *On a dû faire des efforts de déprescription mais je crois que c'est surtout modifier complètement notre prescription.* » (M14) ; « *Déprescrire, c'est modifier un peu notre comportement* » (M16). Le concept de réflexivité est également ressorti dans cette étude : « *Euh... je pense que nous, maîtres de stage, on pourrait se faire superviser aussi de temps en temps par nos internes.* »

Euh... se faire superviser par nous-même. On parle beaucoup de réflexivité pour nos internes » (M3).

La **remise en cause des connaissances** était également un principe fondamental pour déprescrire. Elles pouvaient être actualisées via des études : « *y'a toujours des trucs qui sortent et bah par exemple là, pour la vitamine D, y'a eu euh... une étude qui montre que ça sert à rien... et ben il est possible que je déprescrive la vitamine D* » (M1), mais également par des revues médicales comme la revue *Prescrire* : « *Et bon c'est vrai que c'est signalé plutôt par la revue Prescrire quoi. C'est toutes les... toutes les alarmes moi m'ont été données par là je dirais. [...] Bon donc euh... c'est quand même Prescrire les... les... ou l'Agence de Sécurité du Médicament* » (M14). Les généralistes interrogés modifient leurs prescriptions en fonction des nouvelles données de la science : « *en fonction de mes lectures euh... de recos de la HAS, ou euh... un article de la revue Prescrire ou d'une revue que je lis, ou bien euh... un ARP du jeudi matin, un travail qui est fait par un interne ou ici en consultation, hop ça va... c'est un signal : une modification de comportement nécessaire par rapport à ce que je croyais devoir faire* » (M3).

Il reste important pour ces médecins de toujours **justifier sa prescription et sa déprescription**. En effet, l'obligation de moyens du code de déontologie peut leur être reproché s'ils enlèvent des traitements : « *on peut nous reprocher de déprescrire alors qu'on va difficilement nous reprocher d'avoir prescrit un médicament j'ai l'impression. Donc euh... enfin en tout cas c'est mon impression par rapport au système de santé, c'est plus interventionniste que rester euh... que précaution quoi. [...] Parce que euh... on va dire que c'est un manque de moyens. Enfin euh... donc il faut bien le justifier.* » (M6). La déprescription n'est donc pas systématique : « *Se poser la question de déprescrire veut pas dire pour moi déprescrire à tout crin comme on aurait... comme on a prescrit à tout crin* » (M10), mais chaque traitement doit être justifié dans le dossier du patient : « *Quand c'est moi qui l'ai initié, je sais pourquoi je l'ai fait, je sais quelle durée, s'il a vu le gastro ou pas. Donc déjà quand euh... quand le patient est bien connu et... et qu'on sait pourquoi les choses ont été faites, c'est plus facile* » (M2). Cette traçabilité exige une certaine rigueur : « *Euh... il faut revoir vraiment tout le dossier pour savoir si c'est vraiment... si ce traitement est vraiment utile. Et ça m'est arrivé de dire "ce traitement est-il utile ?" Et de dire après euh... "oui, en fait il est utile". Mais parce que ça demandait un peu de travail intellectuel et de recherche dans le dossier* » (M8).

b) Une pratique valorisante :

Certains médecins perçoivent la déprescription comme valorisante dans leur pratique quotidienne.

C'est un **idéal de consultation** qui est visé à travers la déprescription : « *Je pense mais après euh... oui ça prend du temps oui. Enfin examiner les patients prend du temps, écouter les patients prend du temps... Donc euh... effectivement on peut se poser la question de quel est ton idéal de consultation et finalement euh... et comment vont évoluer les choses* » (M16). C'est une exigence qui permet de s'épanouir dans la consultation : « *ça permet donc de ne pas s'ennuyer en consultation, à renouveler aussi des traitements euh... bêtement quoi ! Ça permet de garder un intérêt pour la médecine générale* » (M5) ; « *ça prend du temps euh... mais c'est très gratifiant. Enfin moi je trouve que c'est gratifiant* » (M8). La déprescription permet en outre de prendre du plaisir dans son métier : « *Donc euh... moi ce qui me plaît c'est de prendre du plaisir dans les consultations. Bah c'est quand même plus marrant si y'a un véritable échange avec le patient quoi, s'il participe, si... Après j'ai envie d'être content de moi, enfin un petit peu quoi* » (M14).

La notion d'une **médecine indépendante** va de pair avec la déprescription : « *Alors je la définirais... [la déprescription] non c'est intéressant, alors euh... comme un effort intellectuel se fondant sur euh... une médecine indépendante (rires)* » (M8). S'affranchir des laboratoires peut faciliter le processus : « *en utilisant plutôt les dénominations communes internationales, pour éviter euh... les obstacles justement de la... de la dénomination fantaisiste choisie par les laboratoires souvent pour plaire au patient, plaire aux médecins etc.* » (M3). La lecture critique permet ainsi de rester indépendant : « *Donc en ayant un peu d'expérience et de lecture, de comparer les recommandations, les lectures critiques des articles... voilà, tout ça. Mais je me dis, y'a quelque chose qui va pas donc je me fie plutôt aux organismes indépendants* » (M8).

c) Un effort intellectuel :

La déprescription reste avant tout un effort intellectuel : « *Alors je la définirais, non c'est intéressant, alors euh... comme un effort intellectuel* » (M8).

Les participants s'accordent pour dire que c'est un **métier complexe** : « *comme je l'ai dit tout à l'heure c'est difficile de bien faire son boulot bah euh... on essaie de le faire quand même* »

(M3) ; « *Ouais, ouais on y arrive hein, mais c'est compliqué !* » (M5). La prescription est perçue comme plus aisée que la déprescription : « *En fait parce qu'on a l'impression qu'on est plus actif quand on prescrit. Et on est beaucoup plus actif quand on prescrit pas* » (M8).

C'est une pratique qui **demande de l'énergie** tant mentalement que physiquement : « *En fait l'inertie de déprescription c'est parce que je sais que c'est pas grave [...] par contre il me faut une énergie importante pour lui expliquer tout ça* » (M1).

Certains ressentent de la fatigue après une déprescription : « *les grandes déprescriptions ou changements ou réellement de... de conduite à tenir même dans les prescriptions et puis après la déprescription euh... ça a été des efforts psychiques super intenses. [...] C'est que ça mobilise quand même des ressources psychologiques assez importantes et c'est fatiguant hein* » (M8).

Ils pensent d'ailleurs que c'est cet effort nécessaire qui pourrait freiner certains médecins : « *La peur du médecin de euh... du temps et de l'énergie qu'il va lui falloir pour euh... enclencher un dialogue ou une question autour d'un truc.* » (M15).

L'énergie n'est parfois pas suffisante et les **échecs sont possibles** : « *Et ensuite j'ai quelques patients chez qui c'est impossible de les enlever et ça c'est la galère quoi... c'est la galère* » (M2) ; « *Après des fois c'est pas toujours justifié qu'il y ait un médicament mais on le laisse parce qu'on voit qu'on arrive pas à le déprescrire (rires)* » (M5).

L'addiction aux médicaments peut empêcher la déprescription : « *Sur le long terme, parfois ils restent accrochés à leur demi ou quart de Temesta* » (M1). Les effets secondaires à l'arrêt sont aussi une cause d'échec : « *Y'en a, on y arrive pas et y'en a quand même on peut pas leur supprimer le médicament parce qu'ils ont des effets secondaires* » (M14).

d) Modifier une ordonnance :

La déprescription est avant tout une modification d'ordonnance.

Une **diminution** d'une posologie est une option de déprescription : « *La déprescription, on pense enlever un médicament mais ça peut être aussi... on pense pas assez souvent à diminuer les doses des médicaments, notamment nos patients qui vieillissent* » (M10).

Quand il n'est pas possible d'arrêter complètement un traitement, la diminution des doses permet de réduire les risques : « *J'avais fait le travail avant, chez des patients qui sont passés euh... de quatre benzos par jour voire une dizaine de molécules... enfin de comprimés, à trois.*

Et à trois je suis très content qu'ils soient à trois et je me dis que je pourrais pas arrêter les trois, voilà ! » (M5).

La **substitution** pour une molécule moins nocive est également une solution de déprescription : « *En essayant de négocier, en enlevant l'hypnotique, en prenant une molécule euh... un peu plus soft entre guillemets, pour essayer de faire une transition » (M4). C'est surtout les benzodiazépines que les médecins ont du mal à arrêter totalement : « en général j'arrive pas à les arrêter [les benzodiazépines], je les switch par autre chose » (M2).*

Le plus gratifiant lors d'une déprescription est **l'arrêt total** d'un traitement : « *Bah en fait déprescrire ça veut dire retirer... pour moi c'est retirer des médicaments d'une ordonnance » (M13) ; « c'est dé-prescrire donc ça veut dire euh... supprimer une prescription, enlever une prescription » (M3).*

e) Prévention quaternaire :

Pour la plupart, le processus de déprescription rentre dans le cadre de la prévention quaternaire : « *Ça signifie pour moi [...] ça mmmh... m'évoque comme mots-clés aussi euh... la prévention quaternaire » (M1) ; « c'est un moyen d'éviter la iatrogénie, dans le cadre de la prévention quaternaire » (M5).*

La déprescription est vue comme un moyen de lutter contre la **surmédicalisation** : « *Au début je pensais que c'était plutôt déprescrire des médicaments euh... chez des gens qui ont des médicaments inutiles. [...] Enfin, arrêter de médicaliser de manière injustifiée » (M11) ; « C'est tous ces patients qui prennent si mal leurs médicaments et on se préoccupe pas du coup de la de la surmédicalisation, des surtraitements ou de la polymédication » (M15).*

Les participants tentent aussi de réduire la **prescription d'examens complémentaires** : « *Et puis ça amène je trouve finalement... le fait de réfléchir à ce qu'on fait, à aussi euh... penser quand on fait des prescriptions d'examens complémentaires euh... que c'est plus systématique. Enfin je parle pour mon expérience, c'est plus systématique et je me dis finalement ça va m'apporter quoi ? » (M4). Le sur-dépistage est visé : « Je parle du médicament mais aussi la déprescription de certaines choses qu'on... qu'on proposait à des gens euh... Notamment je pense au cancer du sein. Dans le dépistage du cancer du sein, on pourrait se poser la question*

de déprescrire un peu ces mammographies systématiques » (M16). Ils recherchent la justification de chaque examen demandé : « Mais y'a en fait aussi... tout ce qui est déprescription d'examens complémentaires euh... qu'on ferait de manière régulière, de manière injustifiée. » (M11).

f) Ne pas prescrire :

Le corollaire de la déprescription est la non-prescription : « *le mot le corollaire pour euh... déprescrire si j'ose dire efficacement, c'est de ne pas prescrire. [...] Ma principale stratégie euh... c'est de ne pas prescrire » (M3).*

Ne pas prescrire intervient avant la déprescription : « *Si on veut pas déprescrire, il suffit de pas prescrire. Dans un premier temps, il faut moins prescrire » (M9).*

Cela permet d'éviter de déprescrire : « *Plus que déprescrire, le challenge c'est de pas prescrire au début » (M2) ; « Je fais plus gaffe à quand est-ce que j'introduis. Parce que c'est le problème de la déprescription, finalement faudrait pas prescrire du tout » (M11).*

Pour certains, cette pratique fait partie de la déprescription : « *Peut-être la déprescription que je fais c'est plus euh... de la non prescription que vraiment d'enlever les choses de l'ordonnance habituelle quoi ! » (M6) ; « Enfin pour moi tout ça c'est le même boulot hein, pas prescrire ou déprescrire » (M14).*

g) Eviter la iatrogénie :

L'objectif de la déprescription est de prévenir la iatrogénie : « *c'est un moyen d'éviter la iatrogénie, dans le cadre de la prévention quaternaire » (M5).*

Réduire le nombre de médicaments permet de diminuer *de facto* les effets secondaires : « *Essayer de prescrire euh... le moins de médicaments possible, pour éviter les effets secondaires des médicaments » (M12) ; et d'éviter les interactions entre différentes molécules : « essayer de gérer les interactions médicamenteuses, d'en prendre conscience, parce que ça... ça nous fout le feu aux fesses aussi pour euh... pour faire quelque chose en disant... c'est pas possible que je continue à faire une ordonnance comme ça avec dix... avec dix médicaments » (M3).*

h) Plan de déprescription :

Certains médecins proposent de mettre en œuvre un plan de déprescription : « *Surtout ce qui a changé, c'est que j'ai mis en place une stratégie. C'est-à-dire que cette stratégie c'est... ça n'a rien d'extraordinaire, mais c'est la notion de plan de soins. C'est-à-dire que mon patient qui rentre dans une prescription, je lui explique qu'il rentre dans un plan de soins* » (M10).

Il s'agit d'abord d'un **contrat avec le patient** : « *C'est des choses que je prépare avec le patient, en en se mettant en place un plan un plan de déprescription pour le coup* » (M10).

Se fixer des objectifs est un moyen de garder en tête la déprescription : « *C'est à dire que si j'ai décidé que je j'allais déprescrire tel ou tel médicament, euh... ça va être l'un des objectifs de la consultation donc dès... dès l'accueil dans la salle d'attente* » (M3).

Les déprescripteurs utilisent le dossier médical pour noter les objectifs de la prochaine consultation : « *je me fais des objectifs à la fin des consultations. A la fin de mes observations, y'a "prochaine consultation : faire ça"* » (M5) ; « *j'écris dans mon dossier "ne pas oublier de revoir ce... ce traitement"* » (M8).

Les objectifs permettent au patient d'y réfléchir seul, puis d'en reparler en consultation : « *Ce que je vous propose, c'est d'en reparler* » (M7). Ils doivent être adaptés au patient : « *il faut que l'objectif soit réaliste pour qu'il soit réalisable* » (M9).

Lorsqu'une déprescription est débutée, patient et médecin déterminent ensemble l'objectif à atteindre : « *enfin on se donne un objectif, voilà... Ça serait bien que dans un an... voilà moi je le marque dans le dossier "objectif : dans un an, être à un demi par jour"* » (M5).

3. Le médecin

Nous avons retrouvé certains points communs chez les médecins déprescripteurs.

a) Attitude :

Avoir une attitude adaptée est primordial pour mener à bien une déprescription.

Il s'agit d'abord de se remettre en question, en se **posant la question** de l'éventualité d'une déprescription : « *Cette remise en question, se reposer la question, même si ça aboutit pas forcément sur une déprescription. Mais je pense que voilà... la démarche de se poser la*

question » (M5) ; « Alors pour moi la déprescription, c'est se poser la question à chaque fois » (M4).

S'interroger à chaque consultation de la pertinence des traitements utilisés est un moyen d'engager sa réflexion : « *"mais est-ce que c'est toujours utile ?" [...] Si cette question ne vient pas à l'esprit déjà de manière euh... je dirais automatique euh... voilà, il se passera rien* » (M10) ; « *Effectivement j'essaie en tout cas à chaque renouvellement d'ordonnance de patient chronique, de me poser la question des médicaments que j'inscris sur l'ordonnance* » (M16).

Se poser la question n'est pas suffisant. Il faut ensuite **oser aborder le sujet** avec le patient : « *Leur reposer la question euh... sur un traitement de constipation par exemple [...] D'y penser c'est... c'est finalement... ça va pas forcément aboutir à la suppression d'un médicament mais ça permet de rouvrir le débat et finalement de refaire le point sur les pathologies* » (M4).

Une déprescription ne peut pas se faire si le sujet n'est pas abordé avec le patient : « *Savoir euh... Oser demander quoi. C'est ça le... c'est ça le... les freins principaux. Si on demande pas c'est sûr que euh... ça va pas changer* » (M2).

La manière d'aborder le sujet est également importante. Il faut **choisir ses mots** avec soin : « *Je m'en suis rendue compte sur les antibiotiques... c'est-à-dire que c'est vraiment notre discours qui est plus important* » (M15) ; « *Ça peut être une aide de dire "c'est pas que ça sert à rien, mais c'est pas obligatoire". On peut dire ça comme ça. Tout est dans le langage, dans la façon dont on dit les choses* » (M9).

Certaines tournures de phrases seront plus acceptables que d'autres par le patient : « *Je leur dis pas "moi je pense que c'est pas la peine que vous le preniez". Je leur dis "les données de la science", un tiers, pas moi, "estiment que y'en a plus besoin. Vous en pensez quoi" ?* » (M11).

Etre convaincu est le prérequis pour réussir une déprescription : « *Il faut qu'on soit sûr de soi. C'est comme à la fin d'un examen clinique. Si on est pas sûr du diagnostic, on va pas être à l'aise pour conseiller* » (M3).

La conviction du médecin permet aux patients d'adhérer plus facilement : « *Bah quand y'a quelque chose de solide derrière, alors je sais pas si les patients le comprennent mieux, mais en tout cas moi je le vends mieux ! C'est sûr je peux pas dire que je... Moi je sais pas, mais c'est sûr que moi j'en suis convaincue* » (M2).

Même s'il est contraire à celui du patient, **exprimer son avis** ouvertement peut débloquent certaines situations : « *quand ils sont très attachés, qu'on a déjà évoqué le sujet avec eux, etc., en général c'est très ferme donc j'essaie... je ralentis un peu en disant voilà : "j'entends tout à fait euh... voilà je... c'est important pour moi de vous donner mon point de vue, ou de vérifier que vous étiez bien conscient de ça" » (M7).*

Il est important de **faire passer un message** : « *je suis contente quand j'ai fait passer le message. Après si c'est pas forcément le bon moment, comme on a dit pour plein de raisons, euh... d'accord. Je suis d'accord, mais euh... c'est bien... enfin j'aime bien quand ils ont entendu ce que j'avais à leur dire » (M4).*

Si le but n'est pas de déprescrire immédiatement, donner son avis est utile et pertinent pour préparer une prochaine consultation : « *Mais par contre je peux euh... j'ai d'autres ordonnances... je peux dire euh... "écoutez euh... moi personnellement, d'un point de vue médical, cette ordonnance me dérange". » (M9).*

Lorsque le médecin a un doute, il peut aussi s'en ouvrir au patient : « *ils peuvent poser une question et ils ont l'espace pour poser une question sur l'indication du traitement, sur les raisons pour lesquelles je me pose la question et dans ces cas-là je les informe » (M1).*

Dans les cas où le patient refuse d'aborder le sujet, il ne faut pas hésiter à **persévérer** : « *En y revenant parfois. C'est-à-dire que ça va pas forcément marcher du premier coup euh... on va... on va arrêter la conversation euh... pas dans une impasse mais avec des phrases du genre "bon on en reparlera la prochaine fois" » (M1).*

Les praticiens proposent d'essayer une première fois, puis de reproposez la déprescription lors des prochaines consultations si le patient n'est pas décidé : « *Il faut essayer... je mets un petit mot dans le dossier euh... parce qu'encore une fois, si j'ai pas essayé, je peux pas savoir si j'aurais réussi ! » (M3) ; « Je ne désespère pas mais faut leur redemander à chaque fois » (M2).*

Donner son avis est nécessaire, mais il faut bien sûr pouvoir **s'adapter au patient** : « *Donc chaque patient fonctionne euh... de l'endroit où il se trouve dans la relation, il aura une attitude de ma part différente » (M9) ; « faut vraiment s'adapter » (M3) ; « Donc clairement on s'adapte, on peut pas faire ça d'un coup » (M11).*

Certains patients ont besoin d'aides visuelles : « *on avait découpé avec mon collègue toutes les boîtes de médicaments pour les maladies chroniques ou autres qu'on prescrivait souvent.*

Et on... comme nos patients parlaient pas français, on les leur montrait pour qu'ils nous disent ce qu'ils prenaient... combien ils en prenaient... » (M14).

D'autres ont trop entendu parler de déprescription : « Et y'en a parfois on arrive... on est très confiant, direct on y va et on se prend un peu le retour du patient. Et on voit clairement que lui il était pas du tout prêt, que ce sujet a déjà été abordé quinze fois et donc euh... il a pas du tout envie ! » (M7).

Pour M10, un discours trop strict est parfois délétère : « Bon je prescris peu d'antibiotiques mais j'ai des patients... Je prescris un antibiotique alors que je sais qu'il est complètement inutile mais parce que c'est sinon le... le... voilà la consultation n'est pas comprise par le patient quoi » (M10).

Ainsi, les recommandations peuvent être assouplies en fonction des patients : « Y'a une distorsion entre euh... notre formation, la nécessité d'appliquer une médecine basée sur les preuves et en face de nous un patient qui est un... une personne parmi les autres » (M3) ; « je trouve que d'appliquer texto des recommandations de Prescrire, c'est pas toujours évident et euh... et euh... voilà, c'est bien de les avoir en tête, même si euh... en pratique on s'en affranchit parfois ou on adapte un peu » (M7).

*S'adapter nécessite enfin de **repérer une attitude opposante** éventuelle des patients : « on doit repérer le plus rapidement possible le patient, tu vois, le patient qui se lève lourdement, qui tousse beaucoup, celui-là... je m'en méfie de celui-là » (M3).*

Il s'agira ensuite de moduler son discours en fonction des réticences du patient : « Oui, quand on sent qu'ils sont un peu plus réticents et tout ça, il faut... il faut dire plus de choses que d'autres » (M12).

b) Inertie de déprescription :

Les déprescripteurs avouent avoir parfois des difficultés à déprescrire : « en fonction de la pathologie, en fonction du traitement, il peut y avoir cette inertie de déprescription » (M1).

*Il faut pouvoir **dépasser ses représentations** et ses projections, envers les médicaments : « Moi j'ai l'impression d'avoir grandi avec le médicament magique, qui résout tous les problèmes » (M11) ; et envers les patients : « c'est peut-être important aussi, il faut se méfier de nos représentations. Euh... y'a des situations qui nous... où on se dit, ça va peut-être être difficile et ça l'est pas... et le contraire aussi » (M3) ; « Moi je pense que le frein principal, c'est ce que nous on pense de ce qu'attendent les patients » (M2).*

Il s'agit ensuite de **vaincre ses habitudes** : « *c'est souvent ce qu'on voit chez les gens d'ailleurs, enfin chez les médecins plus âgés qu'on remplace. C'est qu'eux ont pris des habitudes et on les remet pas forcément en cause et du coup bah euh... Donc ça c'est un peu embêtant l'habitude* » (M7) ; « *Parce que parfois on peut avoir un instant de fatigue, un instant de distraction, avec l'informatique, on peut renouveler des fois rapidement une ordonnance euh... sans même s'en rendre compte de ce qu'il y a écrit dessus* » (M14).

Il faut réussir, par-dessus tout, à sortir de sa zone de confort : « *juste après l'internat et dans les premières installations, on prescrit quand même beaucoup plus aussi pour se rassurer euh... plutôt que pour aider le patient* » (M5).

Toutefois, la déprescription se pratique avec discernement, afin de ne pas **déstabiliser une pathologie chronique** : « *Donc on peut avoir des... des essais de prescription qui tournent mal parce qu'on déclenche des effets indésirables ou qui peuvent être parfois importants. Mais euh... l'inverse est vrai, c'est-à-dire que la déprescription est à manier aussi avec discernement. Si elle est pas menée avec discernement, elle peut aussi amener à des catastrophes* » (M10).

En effet, l'équilibre du patient et de son médicament est parfois précaire : « *Parce que par rapport à ce que je disais tout à l'heure, on risque de déstabiliser complètement les choses. Non seulement on va déstabiliser une relation de confiance mais on va déstabiliser en plus un état pathologique que le confrère a... a peut-être stabilisé en plusieurs mois voire années, quelquefois c'est compliqué* » (M10).

La déprescription se doit d'être bien justifiée : « *des fois on a tendance à... par exemple la... la sitagliptine pour le diabète, c'est vrai que... quand ils ont un traitement un peu maximal, on hésite à l'enlever en disant " je vais peut-être, je vais faire remonter l'hémoglobine glyquée". Donc c'est peut-être pas judicieux. Enfin c'est sûr que y'a plein de fois où j'hésite* » (M12).

C'est une raison supplémentaire pour se mettre en accord avec le spécialiste d'organe : « *y'a un état d'équilibre euh... avec le médicament. Et euh... du coup ça c'est aussi une raison pour le faire en accord avec le spécialiste* » (M6).

Il reste indéniablement une zone d'incertitude inconfortable pour le généraliste : « *Et puis y'a toujours un petit truc derrière. Et tu te rends compte, si tu arrêtes le traitement et si juste quand tu sors... juste quand il sort... ou une semaine après, il se fait son infarct quoi...* » (M8).

c) Expérience :

Les médecins ont vu évoluer leur pratique au fil de leur exercice.

Il existait souvent un intérêt ancien à la déprescription : « *Depuis toujours, je crois que je suis connue malgré tout pour être quelqu'un qui ne prescrit pas beaucoup* » (M13) ; « *Ouais moi je suis assez vite parti sur le principe qu'on mettait trop de médicaments et beaucoup trop de choses* » (M5).

Sans forcément parler de déprescription, certains se posaient déjà la question du danger de la polymédication : « *Moi je me suis toujours posé la question de savoir si les patients avaient du mal à prendre les médicaments ou euh... si ça leur faisait des effets secondaires* » (M14) ; « *Et en même temps euh... dès le début je me suis un peu interrogé, [...] j'étais déjà très critique mais j'avais pas assez d'outils, pas assez d'armes, y'avait pas grand choses à l'époque écrit là-dessus* » (M3).

Ils ont ensuite développé leur esprit critique : « *Alors j'ai appris aussi à remettre en doute euh... toutes les recommandations* » (M8) ; afin de s'affranchir des modèles vus pendant leurs études : « *Donc quand on est sorti de la faculté où on n'avait vu que nos maîtres qui nous disaient "voilà comment je fais, tu feras pareil"* » (M14).

Les généralistes ont appris progressivement à restreindre leurs liens avec les laboratoires : « *Ils [les laboratoires] nous disaient ce qu'on leur avait dit de nous dire et nous on buvait les paroles pour avoir des noms de médicaments qu'on pouvait prescrire à notre patient* » (M14) ; « *j'accuse les labos d'avoir, voilà... d'avoir un enjeu commercial au prix de la santé* » (M13).

Leur vécu du danger de l'allopathie a également été une prise de conscience : « *Et j'ai une patiente qui a eu l'œil crevé pour une hypotension orthostatique liée à un vasodilatateur, une patiente qui est décédée suite à l'induction d'un mmh... inhibiteur calcique... et un accident lié aux anticoagulants. Et puis d'autres effets iatrogènes* » (M1) ; « *Et un jour on m'a appelé de réanimation en me disant qu'il y était : intoxication à la théophylline* » (M14).

Les praticiens sont devenus méfiants vis-à-vis des médicaments : « *Euh... bah j'ai bien vu quand même que les médicaments euh... c'était aussi source d'effets secondaires* » (M13) ; « *Et puis après je me suis rendu compte de l'importance des effets iatrogènes, [...] et depuis j'ai extrêmement peur des médicaments* » (M1).

Ces expériences ont permis aux généralistes de **modifier leur pratique** : « *Mes démarches de déprescription elles ont, elles ont évolué.... Disons peut-être que je m'attache plus à... enfin voilà... sur les... disons sur les ordonnances de pathologies chroniques* » (M16) ; « *Finalement ça a diminué un petit peu, euh... dans les initiations déjà et puis euh... et... dans les retraits quand on peut* » (M5).

La déprescription n'est donc pas un procédé inné. C'est l'expérience, associée à la formation continue dans le cadre d'une réflexivité quotidienne qui ont permis à ces médecins de devenir déprescripteur : « *Elles [mes démarches de déprescription] ont carrément évolué dans le sens où j'ai compris que je faisais du tort à mes patients* » (M13) ; « *Après petit à petit... enfin, il m'a fallu des années* » (M14).

d) Formation :

Les médecins ont une obligation de formation d'après le code de déontologie médicale.

Les plus jeunes ont pu bénéficier d'une **formation médicale initiale** qui leur a fait découvrir le concept de déprescription : « *on est sensibilisé un peu à la fac, par exemple si je prends surtout pendant l'internat de médecine générale* » (M7) ; « *Déjà j'ai dû en entendre parler à la fac quand même quand j'étais interne. Le premier souvenir que j'en ai c'est la déprescription des psychotropes, notamment chez les personnes âgées* » (M11).

Les stages chez le praticien (niveau 1 ou SASPAS) sont aussi une occasion de se familiariser avec le concept : « *Ça devait être quand j'étais interne euh... ouais niveau 1 euh... on a commencé à parler un peu de déprescription* » (M5) ; « *Et quand on est en autonomie au cabinet là aussi on se rend compte que euh... bah on y est confronté directement. Et c'est là où euh... où on va prendre la décision de prescrire ou pas, où on se pose des questions* » (M7).

Les programmes de **formation continue** sont une occasion d'améliorer ses connaissances.

Les médecins étaient soit **formateurs** : « *Alors je suis aussi organisateur de formations pour des médecins* » (M8) ; « *je suis responsable euh... d'un groupe de formation médicale continue* » (M4) soit, à contrario, **participaient** à des DPC : « *je fais des DPC* » (M12) ; « *il y a les DPC, les organismes de formation continue* » (M2).

Les **congrès** médicaux étaient également fréquentés : « *des congrès oui, euh... le CNGE qui est plus d'ordre plus pédagogie, sinon le congrès de médecine générale France, et puis là plus récemment j'ai fait un congrès sur le raisonnement clinique* » (M3) ; « *je participe euh... à des...*

au moins deux congrès qui ont lieu chaque année en médecine générale, celui du CNGE et celui du CMGF » (M16).

Les médecins avaient généralement des **groupes de pairs** : « Parce qu'on a un groupe de pairs, on se réunit tous les mois » (M14) ; « je fais des formations euh... médicales euh... continues régulièrement, des groupes de pairs » (M10).

Quelques médecins étaient **enseignants** à la faculté « j'ai deux jours et demi à l'université en tant que chef de clinique, pour faire de la recherche et de l'enseignement » (M16). L'enseignement était également vu comme un moyen d'enrichir sa formation : « quand je prépare des cours à la fac euh... bah on est obligé de relire quand même beaucoup beaucoup beaucoup. Quand je fais... je suis tuteur, donc quand on lit, quand on corrige des RSCA et que y'a des sujets... bah on relit beaucoup beaucoup beaucoup. Quand on est avec les internes, on... ils nous posent des questions et on relit beaucoup beaucoup beaucoup » (M8) ; « Mais par contre la fac me permet de me maintenir à jour sur certains trucs » (M11).

Beaucoup de participants accueillaient un **étudiant en consultation (externe, interne)** : « Alors j'ai deux internes. J'ai un interne qui travaille en ce moment qui est une SASPAS et j'ai un interne de niveau 1 » (M9).

La présence des étudiants nécessitait de continuer à se former pour rester à jour : « ma formation elle est basée comme je le disais tout à l'heure sur la nécessité euh... pédagogique de... de pouvoir critiquer euh... accompagner les internes, les externes dans leur apprentissage » (M3).

Ils pouvaient également apporter de nouvelles connaissances : « Et puis j'ai un étudiant. Ça c'est très bien pour actualiser ses connaissances parce que euh... il prépare l'ECN et donc les recos et tout ça, ils sont souvent plus au fait que nous et ça c'est bien » (M2).

Certains médecins en profitaient pour partager et transmettre leur pratique de déprescription à leurs étudiants en stage : « Et puis alors aussi dans mon rôle d'enseignant, j'essaie de le faire avec des internes. Alors y'en a pour qui c'est facile, d'autres qui sont plus prescripteurs de trucs pfff... mais voilà. Et on demande après pourquoi mais euh... mais le fond ouais, ils apprennent petit à petit quoi » (M8).

La lecture de la **littérature médicale** permettait de réactualiser ses connaissances : « *je pense que je lis beaucoup de médecine, je pense qu'il y a essentiellement des revues indépendantes et je me forme comme ça* » (M8).

La revue **Prescrire** arrivait en tête de liste des plus plébiscitées. Quasiment tous les généralistes interrogés étaient abonnés : « *Alors je suis abonné à Prescrire [...] ça permet un peu de se tenir quand même au courant de ce qui se fait euh... de ce qui se fait plus surtout aussi* » (M7). Certains avaient même débuté leur abonnement dès le début de leurs études : « *Alors donc euh... je suis abonné à la revue Prescrire depuis 1984 (rires)* » (M8).

La réputation de la revue de « proscrire » de nombreux traitements était un atout pour ces médecins déprescripteurs : « *Je lis Prescrire (rires). Voilà, donc en gros c'est une revue qui vous incite quand même à ne pas prescrire ou à déprescrire largement, ou alors à sortir de routine de euh... de médicaments* » (M10). Pour un participant, c'est cette revue qui a popularisé la déprescription : « *On en était pas encore à la déprescription. C'est quand même Prescrire qui nous a vraiment éveillé, éduqué là-dedans* » (M14).

La revue n'était pas forcément lue en entier, mais elle restait une référence lorsque nécessaire : « *Alors Prescrire, Exercer, la Revue du Prat. C'est déjà bien. Je les lis complètement en diagonale. En fait ça me sert quand je prépare mes choses* » (M4) ; « *Bah je lis Prescrire, je lis des articles euh... qui m'intéressent en fonction de mes thèmes de recherches* » (M14).

Les praticiens étaient généralement abonnés à d'autres revues ou newsletters médicales : « *je lis Prescrire, je fais les tests de lecture. Je lis un peu Exercer et un peu Médecine et après je lis euh... le blog aussi Dragiwebdo* » (M6) ; « *j'essaie de lire régulièrement... Prescrire, Exercer, médecin-geek [Médicalement Geek] là, voilà. Je pique à droite et à gauche, dans des revues intéressantes, les revues Cochrane et autres* » (M1).

Les médecins participent également à des **formations spécifiques**.

L'entretien motivationnel est de plus en plus enseigné : « *j'ai un séminaire sur l'entretien motivationnel auquel je participe euh... en fin de semaine* » (M7) ; « *j'ai fait des formations du coup à l'hypnose médicale et après euh... à l'entretien motivationnel et euh... et après j'ai fait des formations à la maîtrise de stage* » (M6).

L'apprentissage des techniques de **communication** semble améliorer la qualité de la relation médecin-patient nécessaire à la réussite d'une déprescription efficace : « *c'est à dire que les médecins qui ont moins de 40 ans, qui ont bénéficié d'une formation médicale initiale, qui sont plus dans la formation continue euh... plus armés pour communiquer etc., euh... ils sont plus à*

l'aise [...]. Depuis 10 ans que je suis enseignant euh... bah voilà j'ai appris plein de choses en même temps que vous et que toutes les générations d'étudiants que j'ai accompagnés sur euh... sur la communication » (M3).

Des formations à la déprescription apparaissent : « *D'ailleurs il y a un colloque organisé par la SFTG la semaine prochaine sur la déprescription » (M4) ; « Et alors c'est comme ça, c'est dans ce travail-là que j'en suis venue à... à connaître euh... le réseau canadien [de déprescription] » (M15).*

e) Outils de communication :

Entamer une discussion sur la déprescription nécessite d'acquiescer et de s'appuyer sur certains outils.

A la suite de l'entretien, **l'examen clinique** est un bon moyen d'appuyer son propos : « *faut quand même toucher le corps dans quelques endroits, ça c'est indispensable » (M14).*

Il peut permettre d'anticiper la non-prescription : « *par exemple dans les antibiotiques, c'est quand j'examine euh... je sais... ou parfois on sent que la... la réponse elle va être... enfin il va y avoir cette demande qui va venir. Et donc avant que... qu'elle me soit faite, au moment de l'examen clinique, je... je dis ce que j'ai entendu. Et je dis donc euh... "voilà, ça... ça ressemble euh... tout à fait à une bronchite". » (M15).*

Il faut faire passer des **messages simples**, adaptés à la compréhension du patient : « *j'ai l'impression que parfois, il vaut mieux faire simple dans les messages qu'on donne aux patients » (M6) ; « Donc c'est plus de l'information grand publique qui me paraît euh... plus... plus importante » (M10).*

Les messages doivent être choisis avec soin afin d'être percutants et pertinents : « *Et c'est pas forcément des données biomédicales précises avec des études machins. Et c'est une vulgarisation et il faut l'aiguiser. Que ça soit des messages forts et qui marchent. Qui sont pas forcément la vérité » (M1).*

Ils sont généralement construits peu à peu avec l'expérience : « *Or c'est vrai que dans l'éducation, il faut avoir les arguments que tu aiguisés au fur et à mesure. Et après t'as un protocole, le tien, pour argumenter les benzo. Pour argumenter euh... les antidépresseurs, pour argumenter tatatatata » (M1).*

L'intervention brève est utilisée par certains pour aborder la déprescription : « *Donc c'est intervention brève, entretien motivationnel et en voiture Simone !* » (M1).

Elle peut être une solution quand le patient n'est pas encore prêt : « *C'est difficile l'oméprazole mais du coup j'y vais... je fais de l'intervention brève plutôt...* » (M6). Le médecin peut ainsi vérifier les connaissances du patient sur le sujet et faire l'état des lieux : « *Mais euh... je me dis que euh... j'essaie quand même un peu de... de distiller des petites euh... juste voir s'il est au courant et vérifier qu'il y a eu prévention. Et après s'il veut pas, bah on insiste pas* » (M7).

Un participant avoue **associer l'humour** à l'intervention brève lors de ses consultations : « *Même si là, l'entretien... l'intervention brève est très importante. Mais je préfère le faire avec humour. Mais c'est important parce que par expérience, les patients ils reviennent un an après, deux ans après, six mois après. "Un jour vous m'avez dit en vous marrant que... Bah euh... qu'est-ce que vous me proposez pour arrêter de fumer" ?* » (M9).

Quelques praticiens utilisent **l'information orale répétée** comme technique de communication : « *y'a des choses euh... qu'on dit très souvent, que j'imprime pas, parce qu'en fait je le répète à longueur de journée surtout en ce moment [période hivernale] sur les rhumes, les rhinopharyngites, les trucs comme ça* » (M7). Le discours s'étoffe au fil des consultations et des patients : « *en tout cas pour le rhume euh... j'ai déjà mon discours euh... pré-fait (rires) on va dire, pour la gastro aussi* » (M12).

Rassurer le patient d'un possible retour en arrière après un essai de déprescription peut permettre de débloquer une situation : « *j'avais fait avec de l'Atarax, voilà. Je leur avais proposé, je leur avais dit "on essaie si vous êtes d'accord. Si ça marche pas, bah je suis prête à vous prescrire"* » (M4).

Le médecin surveille ainsi l'évolution de la pathologie : « *Enfin de les accompagner et de les réévaluer. Après euh... voir si y'a une amélioration ou pas. En leur mettant l'option que si vraiment ça va pas avec l'arrêt euh... bah voilà, on ferme pas complètement la porte et qu'on peut euh... éventuellement le reprendre* » (M12).

Pour forger leurs arguments, les déprescripteurs prennent **appui sur la littérature médicale** : « *parfois bien sûr l'argument scientifique de dire euh... "les études ont montré que euh... que*

ce traitement était pas plus efficace que l'activité physique ou que l'arrêt du tabac" ou des trucs comme ça par exemple. Ça c'est un argument que je donne effectivement » (M7).

Les études les plus récentes sont surtout utilisées : « Alors les recos elles sont un peu tard mais euh... les articles, c'est tout ce qui est nouveau, ce qui est récent » (M5) ; « : Bon, si j'ai des études euh... scientifiques ou j'ai lu dans un quotidien sur le net euh... des choses dont on parle, je leur dis : « bah vous savez, maintenant, il y a une étude qui vient de sortir euh... ça serait peut-être mieux d'arrêter. Euh... qu'est-ce que vous en pensez" ? » (M4).

L'evidence based medecine est donc un argument de choix à montrer au patient : *« voilà les recommandations, ça c'est quand même mieux de le prendre parce que là, y'a des preuves importantes que ça vous fait gagner quelque chose » (M14).*

Le médecin se doit cependant d'adapter les nouvelles données de la science au contexte : *« on va réfléchir un peu et c'est là où Prescrire par exemple peut être utile parce que c'est une ressource indépendante et euh... ça peut nous permettre de faire la balance entre euh... ce qui est utile, ce qui est pas utile dans un cas précis » (M7) ; « Mais on se dit "tiens j'ai lu un article sur ça, tiens j'ai lu ça, ou tiens je le sais". Et puis là je vais le mettre en pratique » (M8).*

S'appuyer sur les effets indésirables des médicaments est une autre méthode pour introduire le sujet de la déprescription : *« par exemple l'argument pour eux c'était euh.... bah notamment les effets secondaires : les troubles de la mémoire » (M3).*

Les patients semblent sensibles aux explications de leur médecin traitant : *« pour les antibiotiques euh... quand je leur dis que c'est mauvais pour la flore bactérienne de l'intestin etc. C'est un argument qui marche assez bien. Parce que du coup euh... c'est pour leur santé personnelle c'est pas pour des objectifs de santé publique que... que je leur prescris pas » (M6).*

L'argument peut avoir pour effet recherché d'inquiéter le patient : *« Par exemple pour les pschitts pour le nez je leur dis "c'est des vasoconstricteurs euh... donc ça marche bien pour le nez qui coule. Mais euh... ça donne aussi des... des infarctus, des AVC et tout ça. Donc euh... il vaut mieux que... C'est dommage de se retrouver paralysé euh... pour un rhume". Et enfin à ce moment-là en général, ils comprennent » (M12).*

Il s'agit d'exposer les risques afin que le patient décide lui-même d'arrêter son traitement : *« Et surtout je leur vends la benzo en disant que c'est très dangereux. Les patients quand même, ils ont pas envie de... de prendre des risques » (M2).*

Le procédé semblant le plus efficace reste **l'éducation dès l'induction** d'un traitement potentiellement à risque : « *Tu veux que je te dise : quand je prescris, je déprescriis. C'est-à-dire que si vraiment je suis obligé de prescrire, d'abord je vais prescrire une demi-vie très courte et je prépare la déprescription ! A l'induction !* » (M1) ; « *Donc là c'est plutôt en amont de la déprescription. Mais je pense que c'est ce qui a de plus important.* » (M14).

Prévenir les patients de la déprescription éventuelle permet de ne pas les habituer au traitement : « *La déprescription accompagne toute induction d'un traitement. [...] Donc dès la prescription, la déprescription doit être une préoccupation* » (M16).

f) Supports :

Certains praticiens n'utilisent **aucun support particulier** pour parler de déprescription en consultation : « *Mais non j'ai pas de support particulier pour déprescrire. Je sais pas, y'a plein de médecins qui aiment bien faire des dessins et tout* » (M11) ; « *j'ai aucun support euh... j'ai aucun... non je réfléchis mais non* » (M16).

Mais la plupart des participants utilisent néanmoins des aides pour déprescrire.

Les **fiches infos-patients** de la revue *Prescrire* étaient plébiscitées : « *Oui c'est des scores, des fiches Prescrire, parfois, j'ai des petites euh... une petite banque de données* » (M3) ; « *nous on a une petite fiche pour dire que la... le rhume ça guérit tout seul, bah c'est celle de Prescrire* » (M14) ; « *Ça serait euh... une fiche Prescrire par exemple* » (M7).

Elles étaient déposées en **salle d'attente** : « *ça pourrait être de l'information pour les parents en salle d'attente et qu'ils peuvent prendre. Aussi parce que ça peut les interpellier, les questions très fréquentes* » (M7), ou **données au patient** lors de la consultation : « *si y'a une information papier ça peut être utile, je pense de lui donner. Pour lui dire "bah voilà, euh... pour l'instant on le renouvelle et je propose que la prochaine fois on en discutera et pendant ce temps-là je vous donne un support d'information"* » (M7).

L'ordinateur pouvait également aider les médecins à illustrer leur propos : « *j'ai des infos que je montre aux patients, simplement tourner l'écran pour leur montrer* » (M3) ; « *j'utilise fréquemment l'ordinateur pour expliquer des choses* » (M8) ; « *Après bon si y'a des... au niveau physiopathologie, s'il faut leur montrer euh... l'anatomie, bah je cherche euh... une image sur internet* » (M12).

Pour la prescription des statines, les **scores en ligne** ont été adoptés : « *Dans les outils de déprescription euh... ce que j'utilise euh... ça va être pour la déprescription des statines. Les outils de risque SCORE ou les outils de... d'aide à la décision médicale partagée de la Mayo Clinic qui font des super trucs* » (M11) ; « *On fait le... le Cardiorisk ensemble et euh... je discute et je leur dis "vous en pensez quoi" ?* » (M4).

Il existe également **des aides en lignes à la décision partagée** : « *aussi avec les outils là... les NNT par exemple. Ça je les utilise... enfin c'est un truc que j'aimerais bien utiliser un peu plus souvent* » (M7).

Un seul médecin a parlé des **alertes logiciels** qu'il aimerait pouvoir développer dans son cabinet : « *Donc pour le futur, il faut qu'on puisse dans nos logiciels mettre une alarme pour dire "ce médicament est dangereux".* » (M14).

4. Le patient

Les praticiens abordent la déprescription différemment en fonction des patients. C'est chez les patients âgés et polyopathologiques que cet exercice est le plus fréquent : « *c'est plus déprescription chez la personne âgée, mais c'est vrai que c'est essentiel parce que c'est des gens qui déjà ont des fonctions euh... d'épuration entre guillemets euh... plus limitées, avec souvent une insuffisance rénale liée à l'âge, petite insuffisance hépatique souvent aussi et c'est des gens qui sont euh... polymédiqués* » (M4).

a) Approbation :

Les patients semblent tout à fait **ouverts à la discussion** : « *Je pense que les patients ils sont assez ouverts euh... à la déprescription. Ils sont pas forcément pour avoir une liste euh... de plein de médicaments* » (M16) ; « *Souvent ils disent euh... ils sont plutôt quand on leur présente les choses de cette façon-là euh... ils sont plutôt à l'écoute euh... et je dirais que moi j'ai le sentiment qu'ils veulent bien essayer de faire un effort* » (M4).

Les généralistes interrogés n'ont pas de difficulté à en parler à leurs patients : « *Donc je vous dis d'une manière euh... générale à 95%... c'est pas difficile avec les patients d'en discuter* » (M14).

Après avoir abordé le sujet, les médecins se sont vite aperçus que les patients **adhéraient au concept de déprescription** : « *C'est mon vécu de l'allopathie qui m'a fait dire que euh... sur la*

durée fallait faire gaffe. Et je me suis aperçu que les patients adhéraient à ça » (M1) ; « Bah non justement plutôt enthousiaste en fait, de voir que y'a d'autres solutions possibles » (M6). Certains étaient même ravis de raccourcir leur ordonnance : « Je me souviens d'une patiente comme ça qui était absolument ravie que je lui enlève des médicaments » (M10) ; « Y'a des profils qui sont très contents, parce qu'ils veulent pas de médicaments » (M2).

b) Expertise :

Les praticiens observent un **changement des mentalités** chez les patients : *« aujourd'hui les gens ils sont beaucoup plus... Les générations aujourd'hui sont plus sensibles aux effets indésirables des médicaments. Ils ont plus d'informations euh... sur les dépendances, sur tout ça » (M10).*

Ces derniers sont peu à peu éduqués aux dangers de l'allopathie : *« y'a des gens qui sont éduqués à force de donner notre fiche et d'expliquer. Maintenant y'a beaucoup de gens qui sont au courant [...]. Ils apprennent à savoir que les médicaments peuvent avoir des effets secondaires, donc ils acceptent d'en discuter ou de voir » (M14).*

Ils consomment ainsi moins de médicaments : *« y'a ceux quand même qui commencent à... à être euh... pas persuadés que les médicaments c'est une bonne chose et qui n'aiment pas avoir beaucoup de médicaments » (M15).*

L'objectif des médecins est de rendre le patient **acteur de son traitement** : *« c'est en douceur et... et le patient, il est plus acteur et ça donne de la satisfaction à tout le monde. C'est mieux plutôt que d'être euh... totalitaire et de dire euh... "maintenant je vous en donne plus ou je vous revois plus" » (M5).*

L'éducation thérapeutique permet au patient **d'améliorer ses connaissances** de la maladie : *« je fais que des automesures moi je... je... je fais un suivi euh... en autonomie par le patient, ce qui lui permet de monter en expertise » (M1).*

Un praticien apprend à ses patients l'auto-hypnose afin de réduire la prise des somnifères : *« c'est pour leur apprendre l'auto-hypnose en fait » (M6).*

Après avoir gagné en expertise, le patient peut **demandeur de lui-même la déprescription** : *« Ils ont tous entendu parler que l'Alzheimer est favorisé par certains médicaments. Ils savent pas lesquels. Ils disent "et ce que je prends là, ça favorise l'Alzheimer" ? [...] Donc euh... c'est souvent les patients qui peuvent aborder le problème » (M9).*

C'est parfois le motif principal de consultation : « *Alors en général ils viennent me voir pour que je déprescrive : "Qu' est-ce que vous pensez qui est utile là-dedans" ?* » (M13).

Il arrive même que certains patients pratiquent **l'auto-déprescription** : « *en fait moi mes patients d'eux-mêmes ils le font. Ils s'auto-déprescrivent* » (M5).

Les médias en sont souvent le facteur déclenchant. En effet, l'éducation par les médias semble plus efficace: « *Et voir des patients qui demandent pour le coup aussi des alternatives ou qui vous disent "j'ai arrêté le médicament, voilà. Euh... j'ai vu à la télé que... j'ai arrêté mon hypnotique". Ce que vous n'aviez jamais réussi à faire* » (M10).

c) Peurs et représentations :

Malgré leur volonté d'ouverture, les patients gardent quelques craintes à réduire leurs médicaments.

Il persiste d'abord un **attachement émotionnel fort au traitement** : « *ça peut être difficile parfois d'arrêter surtout si le patient est attaché à son traitement etc. S'il a des représentations. Je me demande beaucoup... y'a des patients, quand on commence à les suivre, on... on se rend vite compte... le fait d'explorer ça sert à ça aussi* » (M7) : « *Certains patients qui veulent quand même... qui sont attachés à leurs traitements, qui sont euh... voilà. Qui euh... même quand on leur explique euh... qui veulent pas. Voilà, c'est des choses qu'ils sont habitués à prendre et ils comprennent pas forcément* » (M12).

Certains médicaments, surtout les somnifères, font partis de la vie du patient : « *Ils vont te demander de réévaluer, de renouveler leur ordonnance et puis le patient que je connais pas, il va dire "Ah bah vous oublierez pas mon Temesta". Donc pour lui c'est pas un médicament, ça fait partie de lui pratiquement* » (M3) ; « *C'est le petit comprimé blanc, ça fait partie de leur vie. C'est pour ça qu'ils aiment pas les génériques, ils ne reconnaissent plus rien. Leurs petites coutumes là, ça les dérange* » (M9).

Ils sont donc parfois très réticents à tout changement dans leurs habitudes : « *c'est plus difficile par rapport au patient, quand c'est euh... un médicament qu'il... auquel il tient* » (M15).

Quand ils ont peu d'effets indésirables, ils préfèrent garder leurs traitements : « *Et y'en a d'autres bah... ils pensent que ça sert à quelque chose et de toute façon bah... ils ont pas d'effet indésirable majeur et ils veulent les garder* » (M2).

Les patients ont en effet **peur de perdre un bénéfice** à l'arrêt du traitement : « *Et le frein principal c'est ça, c'est-à-dire que c'est revenir à l'état antérieur. [...] Si on lui arrête et qu'il revient à sa symptomatologie, c'est évident qu'il va pas vouloir* » (M4).

Le risque étant de **décompenser une maladie**, ce qui les rend réticents : « *Mais ils sont bien sous statine, ils ont peur d'avoir un événement cardiovasculaire* » (M2). Ils ne veulent pas prendre de risque même si le traitement n'a pas prouvé leur efficacité : « *chez des papis et mamies qui continuent à vouloir leur Tanakan... parce que la représentation, c'est que ça donne euh... de la mémoire, ça préserve la mémoire. Donc ils ont peur de l'arrêter parce qu'ils se disent "bah oui mais si je l'arrête, je vais perdre ma mémoire".* » (M4).

Il arrive que des patients se sentent abandonnés par le médecin : « *Ils ont soit peur qu'on les abandonne et que... voilà maintenant c'est "les médecins vous voulez plus prescrire les médicaments euh... vous voulez nous retirer ça".* » (M15).

5. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient est au cœur de la consultation de médecine générale. Pour les médecins interrogés, il est d'autant plus important dans un contexte de déprescription de construire une relation de qualité.

a) **Alliance thérapeutique** :

La relation entre un médecin et son patient débute par une alliance thérapeutique : « *Faut d'abord une alliance thérapeutique, faut pas déprescrire le 1er jour* » (M1).

Il est ainsi nécessaire **d'apprendre à connaître le patient** : « *D'abord on apprend à se connaître, on le voit une fois. En général je change pas les traitements la première fois quels que soient les traitements* » (M11).

Les médecins abordent généralement le concept après plusieurs consultations: « *Et puis la première fois non, on lui saute pas sur le poil. On lui saute pas sur le poil parce que c'est un nouveau médecin, il faut déjà s'apprivoiser. Il faut qu'il... Vous devenez pas le médecin traitant d'un patient comme ça hein* » (M10). L'alliance se fait au fil des consultations : « *Et par contre, à la deuxième ou troisième consultation, je peux commencer à en parler. Si certains médicaments euh... je sais pas ou... voilà, j'explique clairement même que je change de... de thérapeutique* » (M16).

Le sujet est abordé une fois l'alliance établie : « *je l'amène au fait qu'on va probablement réévaluer, rebaisser un traitement après* » (M5) ; « *Alors il faut que l'alliance thérapeutique soit un peu euh... un peu faite euh... sinon, ils croient pas trop au discours* » (M6).

La majorité des généralistes de cette étude soulignent l'importance de **ne pas déstabiliser le patient** : « *c'est pas une attitude pavlovienne qui... qui décide que maintenant, c'est très mal de prescrire et qu'il faut déprescrire. Je pense que ça c'est aussi une très mauvaise attitude qui... qui peut complètement euh... qui peut complètement déstabiliser les patients* » (M10) ; « *On peut pas complètement déstabiliser les patients et de toute manière ils ont besoin de croire à quelque chose* » (M14).

La déprescription doit être exposée au patient **progressivement** : « *Le problème de l'hôpital, c'est qu'ils arrêtent tout ! Et ils prennent pas le temps. "Bon ça c'est pas bon, on arrête". Ça marche pas ! Donc euh... il faut préparer les patients* » (M9) ; « *C'est-à-dire que faire de la déprescription sauvage euh... en disant "bah voilà on va diminuer, on va arrêter. La sécu m'a demandé de diminuer euh... les prescriptions de benzodiazépines donc on va commencer aujourd'hui". Ça... ça peut pas fonctionner* » (M10). L'objectif n'est pas d'effrayer le patient : « *Enfin vraiment de... de... d'insister mais pas de mettre euh... l'enjeu, pas faire peur. Parce que dès qu'on fait peur aux gens, chacun se crispe sur une euh... sur ses pensées* » (M15).

Une déprescription trop ferme peut **déstabiliser la relation** entre le médecin et son patient : « *je préfère laisser une benzo euh... en choisissant la benzo à un patient qui veut absolument son somnifère que de me battre pour le retirer, sachant que ça va mettre euh... en danger entre guillemets la relation* » (M5). Cela pourrait freiner certains praticiens à déprescrire : « *la peur je pense, de se dire "ah mais il va pas m'aimer mon patient, si je lui dis d'arrêter alors qu'il le prend"* » (M10). Pour un des participants, perdre un patient après une proposition de déprescription n'est pas tragique : « *Euh... parfois aussi, ça... ça peut être vécu comme un certain risque pour le médecin, qui se dit qu'il va heurter son patient, qu'il va perdre son patient, etc. Pour moi tout ça c'est des... c'est des combats d'arrière-garde. D'abord parce qu'on a tellement de patients, qu'on peut se permettre d'en perdre, ça... ça change rien* » (M3).

C'est une véritable **relation de confiance** qui doit s'installer entre les deux protagonistes de la consultation : « *pour ceux-là, je sais qu'il va falloir que je les apprivoise, que je réussisse des choses qui vont leur plaire, pour qu'ensuite euh... ils aient confiance euh... ils aient confiance en moi* » (M3) ; « *Ce que je fais c'est que j'attends qu'il me fasse confiance* » (M11).

b) Entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel a toute sa place au sein d'une consultation de déprescription : « *"bah là est-ce que vous pouvez arrêter ? Ah non... et pourquoi ? Ah vous avez du mal" ? Et là tu fais un entretien motivationnel ! [...] Mais à partir du moment où on leur rapporte des éléments euh... bibliographiques et ben, y'a un cheminement. Dans ce cas-là c'est l'entretien motivationnel qui va faire qu'il y a un sevrage !* » (M1).

La première étape consiste à **faire parler le patient** : « *lui demander euh... et euh... et il faut parce que ça permet justement de préparer le terrain pour éventuellement lui proposer d'arrêter ou pas* » (M7).

Il doit se **sentir écouté** et entendu : « *Et de les écouter parce que l'écoute aussi ça... ça aide* » (M12) ; « *Et je pense que le dialogue avec les... écouter, entendre ce que les patients ont à dire c'est vraiment intéressant et... et on... c'est comme ça qu'on peut y arriver* » (M15).

Ce dialogue peut déboucher sur une réévaluation de son état : « *discuter qu'il va pas forcément mieux alors qu'il a toute une tranche de médicaments... qu'on pourrait peut-être prendre ça autrement, voilà. Ce qui permet de réévaluer avec lui euh... un peu son état, qu'il puisse reparler aussi un peu de son... de sa problématique* » (M10).

Suivant le discours du patient, il s'agit ensuite de **trouver des leviers** permettant d'entamer une déprescription : « *ça permet je pense d'une part de... de mieux cibler mes arguments. Si lui, il est pas trop d'accord pour arrêter, présenter les arguments en balance* (M7).

Faire réfléchir le patient sur les avantages et les inconvénients d'une déprescription est pertinent lorsqu'il existe une addiction : « *Après vous lui faites une balance décisionnelle. "Qu'est-ce que ça vous apporte de positif de continuer ? Qu'est-ce que ça vous apporte de positif d'arrêter ? Qu'est-ce que ça vous apporte de négatif de continuer ? Qu'est-ce que ça vous apporte de négatif d'arrêter" ? Y'a quatre trucs* » (M9).

Sans argument valorisant la déprescription, le patient reste réticent : « *Quand j'ai pas d'argument pour qu'ils voient le bénéfice, ça se passe pas bien en général* » (M6).

L'entretien motivationnel permet ainsi de travailler dans une **approche centrée-patient** : « *Quand le patient me dit "c'est vous le docteur" bah je vais faire de la magie. [...] Ça va être très très très ferme. Et puis quelqu'un qui est autonome, troisième espace, ça va être plus compliqué. Va falloir que ce soit plus motivé, expliqué, discuté... [...] Centré-patient. Ça dépend*

des patients » (M9) ; « Bah ça dépend... ça dépend des patients et des... et des médicaments. Je pense que chaque médicament a... c'est une approche différente à chaque fois » (M5).

Le médecin procède de manière personnalisée pour chaque patient : *« Mais d'une manière générale, avec tous les patients, bah on essaie de réfléchir à ce qu'on pourrait éventuellement proposer aux patients en fonction de ce qu'ils pensent et en fonction de ce qu'on sait des données de la science » (M14).*

c) Education thérapeutique :

L'éducation des patients est indispensable pour qu'ils adhèrent à la déprescription : *« Donc anticiper ça veut dire ne pas prescrire et déprescrire. Alors c'est un peu les mêmes outils après. En tout cas ça se base sur la pédagogie » (M3) ; « Donc finalement ce que vous dites c'est que c'est surtout de l'éducation thérapeutique ? En amont ! Le plus tôt possible ! Dès la prescription ! » (M1).*

La **pédagogie** permet d'améliorer leurs connaissances médicales : *« c'est l'occasion aussi de les faire monter en expertise » (M1).*

Dans le cadre de la non-prescription, les patients éduqués reviennent moins souvent pour des symptômes bénins : *« j'espère qu'une fois qu'on leur aura expliqué trois-quatre fois bah ils... enfin voilà... ils viendront moins ou peut-être qu'ils viendront moins parce qu'ils feront eux-mêmes... ils commenceront eux-mêmes à faire euh... voilà les moyens d'apaisements locaux et euh... les choses comme ça quoi » (M7) ; « je trouve que ça fait partie d'une éducation du patient et que... voilà enfin... il risque pas de reconsulter une énième fois euh... pour une rhinopharyngite » (M12).*

L'apprentissage des mesures hygiéno-diététiques est un moyen de diminuer le nombre de traitements : *« nous on pense que c'est plutôt l'hygiène de vie, l'exercice physique euh... bien comprendre sa maladie qui peut peut-être aider le plus les patients » (M14).*

Une information et des **explications éclairées** sont essentielles dans le cadre d'une déprescription : *« Parce que je trouve que c'est quand même correct pour le patient qu'on lui dise les vraies raisons pour lesquelles on envisage de changer » (M14) ; « quand je l'enlève aussi j'ai... j'explique pourquoi » (M8).* Elles permettent au patient d'accepter l'arrêt du traitement incriminé s'il existe une raison valable : *« Euh... parce que des fois c'est juste des problèmes de... Ils savent pas que c'est pas utile je pense » (M11).*

L'information est adaptée à la compréhension du patient : « *Et d'autres, ils veulent qu'on rentre dans la micro... dans la microangiopathie ou la micro-macro-angiopathie et avec des petits schémas et tout ça. [...] Et on adapte le discours en fonction des... des personnes.* » (M8).
Ils semblent comprendre les explications données par leur médecin : « *c'est un virus, y'a pas de signe d'infection d'origine bactérienne, donc y'a pas besoin d'antibiotique. Voilà, donc j'essaie de faire ça et en général ça marche bien. Quand on prend le temps d'expliquer le pourquoi du comment, ils comprennent* » (M12).

Les praticiens **informent systématiquement les patients des risques encourus** : « *Je pense aux IPP par exemple. Et euh... et j'arrive en fait à... à bien discuter avec les patients, avec toutes les... les études qui sont sorties sur euh... finalement le danger au long cours des IPP* » (M4) ; « *ça peut être de leur proposer de donner une information là-dessus sur le risque que ça peut avoir euh... à long terme* » (M6).

Certains médecins insistent sur les risques potentiels : « *les benzodiazépines, le message que je dis c'est : "bah vous savez que y'a une étude qui tend à prouver," tu fais très vite "tend à", "que bah... ça peut induire un Alzheimer quand même" !* » (M1).

Le refus des patients est donc éclairé : « *On peut dire, la balance bénéfices-risques, elle est pas... elle est pas bonne : elle est informée, je suis informé, on a fait ce qu'on a pu quoi* » (M3) ; « *Mais en tout cas, je leur dis que ça sert à rien, qu'ils peuvent l'arrêter, que machin... et que s'ils tombent et s'ils arrivent pas à se relever et qu'ils font la rhabdomyolyse avec les statines... bah voilà...* » (M2).

d) Décision médicale partagée :

La relation entre un médecin et son patient aboutit à une décision médicale partagée : « *Ça m'évoque aussi la décision partagée. [...] à chaque fois je revois l'ordonnance, je dis est-ce que c'est légitime ? Et j'en parle avec le patient. [...] Et on prend une décision conjointe ensemble* » (M1) ; « *ça leur plait de parler de euh... de les associer à une décision* » (M15).

C'est un véritable **partenariat** qui se crée entre les deux protagonistes de la consultation : « *c'est bien d'aborder le sujet, de parler de déprescription, en leur disant euh... finalement en reposant les questions... où ils en sont par rapport à leurs symptômes et puis euh... est-ce qu'ils sont prêts à travailler euh... en parallèle ? Moi je leur dis, on avance ensemble sur le... dans la même voie ! [...] Voilà c'est un échange, c'est un partenariat* » (M4) ; « *C'est plus une interaction aussi entre le médecin et le patient aujourd'hui sur les traitements* » (M10).

Le dialogue est la première étape de la décision partagée : « *Enfin je pense que les changements doivent être fait par le médecin traitant et en discussion avec le patient* » (M16). Le généraliste communique ainsi au patient tous les éléments nécessaires pour prendre une décision conjointe : « *finalement c'est peut-être plus intéressant de regarder l'ensemble des facteurs de risque et là encore d'en... d'en discuter avec le patient. [...] Et ça permet au patient de se remettre au centre euh... de sa maladie* » (M4) ; « *ça peut être rien que la communication vraiment ouverte et éclairée avec le patient* » (M3).

Vient ensuite le temps de la **négociation** : « *Enfin bon, après ça euh... ça... ça entraîne toujours une négociation avec le patient. C'est pas euh... "je vous arrête ça" et puis c'est terminé. C'est "je propose d'arrêter, comment, où vous en êtes par rapport à ces symptômes et euh... qu'est-ce qu'on fait" ? C'est toujours dans la négociation* » (M4).

Les médecins sont formels, c'est le **patient qui reste maître de la décision** : « *Voilà je... je suis pas... enfin ça reste une décision... oui du patient* » (M16) ; « *Après j'estime que moi, je suis là pour leur donner l'information et que s'ils veulent le garder bah... ça les regarde* » (M2). Une déprescription ne peut pas se faire sans l'accord de ce dernier : « *si y'a pas d'accord du patient, on peut rien faire* » (M4). Ils restent acteur de leur déprescription : « *Ouais je teste un jour sur deux euh... moi je leur dis de faire ce qu'ils veulent* » (M5).

6. La consultation

Généraliste et patient se rencontrent au sein d'une consultation de médecine générale.

a) **Aborder la déprescription**

Quand le patient vient en consultation, le praticien doit réfléchir à la manière d'aborder le sujet de la déprescription.

La plupart des médecins interrogés proposent de **partir des ressentis et des représentations du patient** : « *Euh... j'aborde le sujet avec le patient par rapport à son état et non pas par rapport au médicament* » (M10). Demander son avis au patient est donc un bon moyen d'entamer la discussion : « *Donc euh... on essaie de voir s'ils ont des difficultés à prendre les médicaments... Si des fois ça peut peut-être leur faire du mal, ou est-ce qu'ils ont l'impression que ça leur sert à quelque chose ?* » (M14) ; « *demander un peu au patient ce qu'il pense de*

son traitement, est-ce qu'il pense que c'est utile ou pas, est-ce qu'il y tient beaucoup, est-ce qu'il espère beaucoup dans ce traitement-là ? » (M7) ; « Et ce médicament-là, vous en pensez quoi ? » (M11).

Certains proposent de démarrer le dialogue par **l'observance** : « *l'observance ça peut être un... ça peut être un abord, en leur demandant... je trouve que c'est toujours mieux de demander* » (M7) ; « *savoir s'ils le prennent* » (M6) ; « *l'accroche, elle est sur l'observance. [...] Comment ils le prennent, quand est-ce qu'ils le prennent, quand est-ce que ça arrive qu'ils le prennent pas, quand est-ce qu'ils l'augmentent ? Euh... c'est dans ce dialogue-là que l'on interroge euh... la... l'utilité perçue euh... l'efficacité perçue par le patient* » (M15). Il arrive que les patients arrêtent parfois leurs traitements. Les effets secondaires ou les difficultés de prise peuvent être un obstacle. Souvent, ils n'osent pas en parler à leur médecin, s'il ne pose pas directement la question : « *est-ce qu'ils ont déjà essayé de l'arrêter ? Parce que souvent mes patients ils ont arrêté des médicaments euh... soit parce qu'ils avaient plus d'ordonnance soit parce que bon...* » (M6).

D'autres encore évoquent les possibles **effets secondaires** des traitements : « *après dans le... dans les approches y'a toujours l'idée de voir si y'a pas des effets indésirables... d'informer le patient, sur les benzodiazépines les choses comme ça...* » (M7) ; « *quels effets ils ont eu à ce moment-là* » (M6).

Enfin, quelques praticiens explorent avec les patients **les raisons de la prise** du traitement : « *quand je remplis l'ordonnance [...] je leur dis "Zopiclone... Ça fait combien de temps que vous prenez ça ? Vous en avez peut-être plus besoin ? Pourquoi vous le prenez" ? Quand j'écris je le fais de façon naturelle* » (M9) ; « *c'est demander euh... pour quelle raison ils le prennent, enfin... savoir pourquoi ils le prennent* » (M6) ; « *Et voir euh... quelle est... pourquoi il a euh... quelle est la raison de la prise de ce médicament, pour travailler un peu sur la cause* » (M16).

Il peut être pertinent d'aborder le sujet par un argument d'autorité. Les généralistes débute parfois le dialogue en parlant de l'évolution de la science : « *C'est-à-dire que bah "maintenant on a un peu évolué sur ce médicament, finalement ça serait peut-être plus la peine. Les dernières études montrent que..." Voilà. Et on commence à en parler comme ça* » (M11).

b) Anticiper la consultation

La consultation de déprescription est une consultation qu'il faut **anticiper** pour la plupart des participants : « *C'est le moment parce qu'on en a déjà parlé la dernière fois, voilà. Mais ça revient à ce que je disais, c'est à dire que je euh... je me prépare à ça, hein. C'est euh... l'anticipation* » (M3) ; « *justement en fait il faut l'anticiper* » (M8).

Quelques médecins préviennent les patients qu'ils seront amenés à aborder le sujet : « *euh... bon, ce que je vous propose c'est qu'on euh... je vous renouvelle cette fois-ci l'ordonnance comme ça, et puis la prochaine fois on discutera peut-être plus particulièrement* » (M7) ; « *je l'amène au fait qu'on va probablement réévaluer... rebaisser un traitement après* » (M5).

D'autres regardent les dossiers à l'avance pour se préparer : « *Regarder tous les dossiers avant de prendre les patients, même les dossiers des patients qu'on connaît. On est quand même beaucoup plus à l'aise. [...] Préparer ce qu'on va dire* » (M3).

Pour cela les généralistes proposent des **consultations dédiées** à la déprescription : « *C'est pas euh... c'est pas une consultation d'annonce mais c'est pas loin de ça quand même [...] C'est vraiment une annonce quoi pour le patient* » (M3) ; « *à cette occasion-là, ils vont pas prendre un rendez-vous simple* » (M5) afin d'avoir plus de temps à consacrer à celle-ci : « *Et quand elle est revenue, c'était dans l'en-tête de... de la consultation* » (M8).

c) Bonnes conditions

Cette consultation doit s'effectuer dans des conditions propices à la déprescription : « *Qu'il y ait des... des conditions euh... des bonnes conditions alors euh... et en même temps si elles sont pas bonnes, il faut pas remettre non plus tout le temps hein* » (M3).

Le praticien abordera le sujet en fonction de **l'état du patient** : « *j'attends aussi que ce soit le moment. C'est-à-dire je vais pas m'amuser à déprescrire un médicament si euh... en fait, on est en train de gérer quelque chose d'un peu plus aigu et juste qui me semble plus important quoi* » (M11).

Des **événements de vie** intercurrents vont quelquefois retarder la déprescription : « *C'est-à-dire que on peut le proposer à un moment de leur vie qui est compliqué, et ça va être... c'est pas possible parce que y'a trop de soucis, y'a des problèmes. Et puis à un moment où c'est plus calme, bah peut-être qu'ils vont accepter et c'est peut-être le bon moment. Donc si on repose la question régulièrement à chaque renouvellement d'ordonnance, on va peut-être tomber un jour sur le bon moment* » (M4). Il n'est parfois pas possible d'aborder le sujet : « *y'a une*

priorisation des choses euh... qui peuvent faire que la déprescription passe au second plan » (M16).

La **motivation** du patient est également un facteur favorisant la réussite du processus : « *S'il est pas mûr, bah on va prendre un peu de temps, on attend etc. » (M10) ; « Faut déjà que le patient il soit motivé. C'est la première chose. S'il est pas motivé, ça sert à rien » (M9).*

L'état du médecin est également à prendre en compte : « *Bah quand je suis fatiguée euh... j'ai la flemme » (M11).*

La **fatigue** tant physique que psychique peut diminuer la volonté de déprescrire d'un médecin : « *Qu'est-ce qui pourrait euh... contrarier ou entraver votre déprescription ? Bah ma fatigue ou un surcroît de travail. Ou alors qu'on me demande de voir six patients à l'heure (rires) » (M14).*

Le **retard** accumulé au cours de la journée contrarie parfois la déprescription : « *Parce que je pense que quand on est fatigué, quand on a pas le temps, quand on est un peu débordé etc. Bah forcément c'est un des trucs qui va pâtir » (M7) ; « y'a des jours où... où je sais que j'aurais pas le temps et je vais pas tenter quelque chose euh... dans laquelle je vais être en difficulté, parce que j'ai pas les bonnes conditions » (M3).*

En fonction des conditions, il arrive alors de **reporter la déprescription** : « *Et puis euh... y'a des patients pour qui euh... je dis "bah on verra la prochaine fois" » (M3) ; « et donc là je me suis posé la question en fin de consultation. Et je voulais pas recommencer une consultation. [...] C'est pour ça je lui... lui ai dit... c'est pour ça que j'ai noté, on se revoit » (M8).*

d) Durée et continuité des soins

La durée est une dimension primordiale dans le cadre de la déprescription.

Il faut de fait **accepter de prendre le temps** : « *Après oui, ça prend un peu de temps. Mais voilà, faut savoir ce que la société veut. Si on soigne les gens, si on s'occupe de l'observance, la tolérance, les prescriptions raisonnées, bah tout ça... ça prend un peu de temps quand même » (M14).*

Les généralistes s'accordent pour dire que les consultations de déprescription sont chronophages : « *si on veut bien faire les choses, si on veut pas être brutal justement, [...] ça se fait pas comme ça. Donc euh... euh... donc ça prend du temps » (M3) ; « ça demande pas*

mal de temps de discuter » (M6) ; « *c'est des consultations qui prennent quand même du temps* » (M12).

Les consultations des participants durent habituellement **vingt minutes** : « *Je prends trois patients par heure* » (M9) ; « *J'ai des consultations toutes les vingt minutes* » (M16). Certains accumulent un certain retard : « *En consultant toutes les vingt minutes, je suis en retard* » (M14) ; « *Je prends un patient toutes les vingt minutes et je suis tout le temps en retard* » (M1) ; « *Mais cette consultation-là, elle va durer plus de vingt minutes !* » (M3). Deux médecins ont donc décidé d'augmenter la durée de leurs consultations : « *l'après-midi c'est toutes les demi-heures* » (M15) ; « *c'est une heure quand même hein* » (M13).

Le temps dans la consultation va de pair avec les **consultations répétées sur la durée** : « *Quand on a pas le temps, c'est bien ce que je dis toujours, on a pas le temps, on a la durée. [...] Revoir les gens. Donc on s'en fout du temps. Ce qui compte c'est la durée. C'est la continuité* » (M9) ; « *Mais l'avantage peut-être euh... des médecins généralistes c'est qu'on a le... on a du temps euh.... On revoit les gens, on est sur la durée* » (M15).

La déprescription requiert une **surveillance régulière** : « *Oui on surveille tout le temps, bah oui on surveille ! (rires)* » (M1) ; « *Quand on déprescrit, on se préoccupe quand même à chaque fois de ce qui se passe après. Parce que vous avez euh... pleins de choses qui peuvent se passer* » (M14).

Chez M4, les patients sont revus de manière rapprochée, tous les mois : « *Bah je leur dis : "si ça va pas on se revoit plus tôt mais sinon on se revoit tous les mois"* » (M4).

Le processus reste très **progressif**, en particulier pour les benzodiazépines : « *Alors faut faire attention, faut pas déprescrire trop rapidement les benzo. [...] Alors progressivement, tu descends tout doux, tout doux...* » (M1) ; « *Je leur dis : "là vous êtes à dix gouttes ou à quinze gouttes, ça serait quoi pour vous l'objectif ? On se revoit dans un mois, ça serait quoi, une goutte en moins" ? Je commence toujours par petit, parce que ça c'est toujours possible* » (M9). Chaque médicament est déprescrit **séparément** : « *Oui mais encore une fois, on déprescrit pas tout en même temps ! On va faire médicament par médicament. [...] La déprescription c'est... c'est quelque chose qui... alors pour le coup doit se faire pour moi pas à pas* » (M10).

Certaines déprescriptions peuvent ainsi durer **plusieurs mois** : « *De toute façon, vu qu'ils les prennent tout le temps c'est des... c'est des trucs que je leur dis... voilà, on sait que ce sera sur des années hein !* » (M5) ; « *On a mis un an pour passer à zéro. Et maintenant, ça fait un an qu'il prend plus aucun comprimé et qu'il va bien* » (M9) ; « *Et c'est au bout de... trois consultations* » (M2).

Finalement, les praticiens rencontrés sont nombreux à ne pas trouver déplaisante cette dimension temporelle : « *je prends le temps parce que... mais parce que finalement si on va trop vite, on travaille mal quoi. On est pas content de soi ! Hein ?* » (M4) ; « *ça prend du temps euh... mais c'est très gratifiant* » (M8) : « *Bah je le prends [le temps] parce que j'ai envie de le prendre parce que sinon euh... ça perd du sens* » (M15).

7. L'ordonnance

La plupart des consultations en médecine générale se terminent par la rédaction d'une ordonnance. Cependant, ce « **fardeau thérapeutique** » pèse au quotidien sur les patients : « *On sait que... que y'a des risques euh... pour le patient. Y'a aussi une observance qui est du coup euh... qui est plus difficile à euh... à euh... à respecter. On y adhère plus difficilement* » (M7). La déprescription est ainsi un moyen d'améliorer l'observance : « *C'est un moyen utile pour permettre euh... déjà de limiter le fardeau des traitements, d'augmenter l'observance du patient* » (M5) ; « *pour le bénéfice du patient...* » (M8).

Dans cette optique, les participants ont quelques stratégies.

a) Réévaluation

Pour la plupart des participants, l'ordonnance doit être réévaluer **à chaque consultation** : « *dès qu'il y a une ordonnance chronique, il y a une réévaluation de l'ordonnance. Et à chaque fois je revois l'ordonnance, je dis est-ce que c'est légitime ?* » (M1) ; « *c'est se reposer systématiquement la question quand on renouvelle une ordonnance* » (M4) ; « *Je pense qu'à chaque renouvellement, c'est important de modifier... enfin de revoir si les... si les médicaments sont pas justifiés ou si faut les modifier. Je pense qu'à chaque fois ça doit être une préoccupation* » (M16).

C'est pourquoi certains médecins parlent de **réévaluation d'ordonnance** plutôt que de renouvellement : « *ne pas utiliser le... l'expression de renouvellement d'ordonnance mais de la remplacer par réévaluation d'ordonnance* » (M3) ; « *Je combats euh... drastiquement la notion de renouvellement d'ordonnance qui est d'un point de vue pour moi médical complètement stupide* » (M10) ; « *ça n'existe pas la consultation pour renouvellement, on raye ça de notre vocabulaire* » (M15) ; ou de **ré-examen** : « *les internes sur l'ordinateur, quand quelqu'un vient pour renouveler un traitement, ils mettent RO. Renouvellement d'ordonnance. Donc je leur inculque que c'est pas RO, c'est réexamen d'ordonnance* » (M9). Ce principe permet de ne pas reproduire systématiquement une ordonnance sans réfléchir aux traitements inscrits.

Les prescriptions doivent **évoluer en fonction de l'état de santé** du patient et de ses pathologies : « *D'abord la médecine euh... change euh... les patients même changent, la société change et du coup euh... ouais, ça... ça n'existe plus* » (M15). Le contexte des anciennes prescriptions peut changer : « *Surtout dans quel contexte ça a été prescrit, pour quel objectif et euh... et donc là en fait on se rend compte que y'a beaucoup de choses qui sont plus vraiment adaptées à la situation actuelle* » (M7). La pathologie peut disparaître : « *Et puis parfois y'a plus de pathologie du tout. Quand je dis aux gens, "euh... bah vous avez encore besoin de ça, vous avez encore besoin de ça" ? Ah bah non, non finalement. Donc voilà je pense que c'est aussi réactualiser à chaque fois les pathologies chroniques du patient* » (M4) ; « *Y'a des personnes âgées qui perdent du poids, qui euh... qui en fin de vie ou près de la fin de vie peuvent avoir un diabète qui descend, parce qu'ils perdent du poids. Faut déprescrire alors, faut pas déconner !* » (M1).

Parfois, certains patients ont même oublié la raison de la prise d'un traitement : « *un certain nombre de patients, ils ne savent plus pourquoi ils le prennent* » (M9).

La réévaluation du traitement se fait en outre par l'examen de la **balance bénéfice-risque** : « *Après c'est toujours la discussion du bénéfice-risque et tout ça* » (M6) ; « *Ce qui me permet d'avoir une attention particulière à la balance bénéfice-risque des médicaments, donc ce geste que je fais en permanence [mime une balance avec ses deux mains] ou euh... qui fait que quel que soit le geste qu'on pose et pas seulement en médecine et pas seulement sur les médicaments, on doit se demander si on a plus d'avantages à le faire que d'inconvénients* » (M3).

Elle permet ainsi de diminuer **les prescriptions inadaptées** : « *Après c'est pas du tout pas prescrire euh... mais voilà. Essayer de limiter la prescription en mesurant à chaque fois le... le bénéfice-risque des médicaments* » (M12) ; « *déprescrire c'est euh... une démarche dans laquelle on... on diminue ou on arrête un... un médicament dont le bénéfice euh... devient moins important que... que le risque* » (M15).

b) Indication

Tout d'abord, il est important de se poser la question de **l'utilité du traitement** : « *C'est répondre à la question euh... "est-ce que c'est encore utile ? Est-ce que c'est devenu plus euh... à risque que bénéfique" ?* » (M15) ; « *en gros c'est éviter ce qui est pas vraiment utile au patient, qui lui ferait éventuellement courir des risques* » (M14).

Le médicament doit avoir une indication précise : « *Y'a pas beaucoup de médicaments en fait qui sont... qui sont justifiés !* » (M5).

Sa prescription doit tenir compte de la balance bénéfice-risque : « *Alors que maintenant de plus en plus euh... bah voilà on se pose la question, est-ce que c'est vraiment la peine ou pas* » (M7) ; « *la pertinence ou l'efficacité de ce traitement est... est pas... pas forcément euh... en faveur du... de ce traitement* » (M16).

Un médecin résume assez bien les choses : il faut **prescrire juste** : « *l'autre idée c'est de... comment dire... de déprescrire, mais ça va aussi avec l'idée de prescrire juste quelque part* » (M16). La déprescription rejoint ainsi les concepts de bon usage du médicament, de prévention quaternaire et d'optimisation d'ordonnance.

Les traitements présentant une **contre-indication formelle** doivent naturellement être arrêtés : « *Moi j'ai pas mal de diabétiques... Bah ça, c'est des critères un peu biologiques quoi... Quand l'insuffisance rénale se marque euh... on est obligé de changer de médicament ou d'arrêter la Metformine* » (M2).

La déprescription est dans ce cas-là plus facile : « *Et d'autres déprescriptions quand y'a un effet indésirable euh... mettons une insuffisance rénale qui apparaît et qu'on peut plus mettre ces médicaments... ça c'est... ça c'est assez facile* » (M8) ; « *y'a rarement où j'impose un arrêt, sauf contre-indication. Mais là y'a argument d'autorité de type contre-indication, euh... des fois c'est plus facile* » (M5).

Certains traitements peuvent également devenir **obsolètes** : « *Mais par contre aussi pour un certain nombre de patients, ça peut être intéressant de remettre à jour aussi les... les traitements. Il peut y avoir des traitements aussi qui sont euh... un petit peu obsolètes* » (M10). Les **recommandations** peuvent changer et le traitement n'est alors plus indiqué : « *Les gens qui sont sous statines seuls, on sait pas d'où ça sort. Ils ont pas des facteurs de risque cardiovasculaires majeurs... On refait le score, dix fois, on se dit je comprends pas* » (M2) ; « *Alors euh... généralement c'est pas parce qu'on s'est trompé, c'est parce qu'en fait ça n'a plus lieu d'être* » (M8).

L'état de santé du patient a pu se modifier : « *Elle me dit "bah donc j'ai pris le traitement pour rien pendant six ou sept ans" ? Je fais "non parce que c'est en fonction de l'âge, de pleins de choses. [...] En tout cas aujourd'hui ce n'est ce n'est pas utile".* » (M8).

Ou encore, il peut rester sur l'ordonnance des médicaments utilisés pour un épisode aigu **reconduits abusivement** : « *C'est évident que je peux utiliser un moment donné ces médicaments de manière aigüe, mais avec un début et une fin, voilà. C'est pas interdit de les utiliser. Ce qui nous pose problème c'est l'utilisation chronique de ces médicaments* » (M10) ; « *Donc si l'épisode il est plus là... si là on peut faire prendre conscience au patient qu'il n'a plus de raison de prendre le médicament...* » (M9).

Enfin, c'est les **traitements de confort** que les déprescripteurs veulent suspendre : « *C'est des médicaments qui sont de confort on va dire. Voilà donc euh... et ceux-là je pense qu'on peut les déprescrire* » (M9) ; « *on rencontre beaucoup plus de pathologies à des stades moins graves ou euh... des pathologies bénignes et donc euh... et donc la plupart du temps la prescription n'est pas forcément indispensable* » (M7). De même, les traitements en "si besoin" doivent être réévalués avec attention : « *Chez nous c'est pas écrit "si besoin" mais ça revient au même. Ils... ils s'alignent dans les ordonnances et en réalité vaut mieux les supprimer quoi* » (M14).

c) **Posologie**

Les traitements sont prescrits à un **dosage adapté** au patient. Ils sont parfois sous-dosés « *on a même pas essayé une prise régulière [de paracétamol] sur cinq jours pour voir si euh... on pouvait... Donc y'a euh... comment les gens... poser la question aux gens : comment ils prennent les médicaments* » (M15). Mais il arrive que les traitements soient surdosés : « *Y'a des déprescription qui vont de soi : c'est-à-dire diabète parfaitement bien équilibré avec une*

hémoglobine glyquée à 5,9% » (M8) ; « après les antihypertenseurs parce que bon, y'a des patients qui sont sur-traités aussi ! » (M5).

L'ordonnance est toujours **limitée dans le temps** : *« dans cette prescription, y'a un début, y'a une fin » (M10) ; « Et y'en a plein encore hein des spécialistes qui disent "celui-là vous le prendrez à vie" et ça... je crois qu'il faut qu'on arrête de dire ça » (M15).*

En particulier pour traitements à risque addictifs, les praticiens préviennent du caractère transitoire de la prise : *« quand ils sont vraiment pas bien et que voilà je... quand je les commence, je leur dis que c'est un traitement euh... de courte durée » (M12) ; « prescrire vraiment pour des courtes durées » (M3).*

De même, un médecin est très vigilant sur les antalgiques : *« Je parle des antalgiques... alors essayer de pas rentrer dans une escalade thérapeutique. En tout cas, si je suis dans une escalade thérapeutique, elle doit être très courte. C'est qu'à un moment donné il peut y avoir une augmentation euh... aiguë, qui nécessite des compensations, mais très courte » (M10).*

Enfin, les généralistes préviennent les patients que les **traitements symptomatiques ne doivent pas être pris en systématique** : *« On ne dit pas, par exemple : une benzodiazépine tu vas la prendre trois fois... on dit : une benzodiazépine tu la prends que quand tu sens que tu ne peux pas gérer ton anxiété » (M1) ; « les IPP où euh... c'est assez facile de... de les passer en si besoin » (M5).*

d) Trouver une alternative

En vue de supprimer un traitement, les déprescripteurs cherchent d'abord à **trouver une alternative** : *« quand on propose une alternative, souvent les gens ils sont contents de moins prendre de médicaments » (M6) ; « La déprescription si vous voulez... peut pas se faire, ce qui pour moi est un message aussi très important... Elle peut pas se faire sans qu'on ait réévalué la situation à ce moment-là et sans qu'on mette d'autres choses à la place » (M10).*

L'alternative peut être **médicamenteuse** : *« En fait c'est plus facile quand y'a un médicament à substituer. Euh... quand on... quand on peut leur proposer un autre médicament à la place » (M12).*

Les généralistes préfèrent parfois introduire des **molécules moins nocives** mais qui pourraient satisfaire le patient : *« En règle générale j'ai plus tendance à prescrire de l'Atarax [hydroxyzine]*

plutôt que du Xanax [alprazolam] euh... voilà. Parce que c'est... enfin je trouve que c'est plus facile. Enfin y'a moins de dépendance et c'est plus facile à arrêter que... que les benzodiazépines » (M12) ; « Si y'a eu un moment euh... typiquement pour les somnifères euh... la mélatonine, c'était pas mal. C'était nouveau donc euh... du coup des fois on y arrive ». Cela arrive fréquemment avec les somnifères mais également avec les IPP : « l'oméprazole typiquement y'a un rebond d'acidité à l'arrêt euh... du coup euh... ça parfois ça m'est arrivé de proposer des anti-acides euh... pour euh... du Gaviscon [alginate de sodium] » (M6).

L'objectif est bien entendu de diminuer ensuite le traitement : « bah les techniques y'en a pleins hein. Vous passez aux gouttes. [...] On diminue très lentement. Les gouttes de Prazébam ça marche bien » (M9).

Il est possible aussi de proposer au patient des **traitements alternatifs** : la phytothérapie « j'ai tendance à prescrire un peu d'Euphytose » (M12) ; l'homéopathie : « Pourquoi pas l'homéopathie après tout, je voulais savoir ce que c'était. Ça m'a aidé à moins prescrire d'office » (M13) ; le placebo : « Moi je prescris du placebo. Donc j'ai inventé un placebo » (M9) ; et même la micronutrition : « alors la micronutrition, ça devrait être la base maintenant » (M13).

Les médecins suggèrent par ailleurs des **mesures non médicamenteuses** : « avec ces patients euh... essentiellement ce que je disais tout à l'heure en traitement de la douleur, de l'anxiété enfin les psychotropes et les... les antalgiques euh... Où on est dans des situations qui sont avec une évaluation pas toujours facile puisque subjective. [...] D'où pour moi euh... le passage à d'autres techniques non médicamenteuses » (M10).

Les **mesures hygiéno-diététiques** élémentaires : « prescrire d'aller faire du sport euh... de lire un bouquin et tout ça » (M11) ; « Donc pour être franche les anti-acides je suis un peu embêtée. Alors je dis aux gens qu'il faut qu'ils mâchent » (M13), s'associent aux remèdes de grand-mères : « Et je leur donne euh... des conseils. Enfin plus des conseils comme euh... laver le nez, boire beaucoup euh... humidifier l'air. Des choses comme ça » (M12)

En outre, **l'hypnose** est de plus en plus utilisée en médecine générale : « l'hypnose c'est plus essayer de voir s'ils peuvent trouver des moyens pour trouver le sommeil plus facilement. Et du coup peut-être qu'ils arrêtent après le traitement de fait parce qu'ils dorment bien. C'est plus de trouver mieux » (M6) ; « Euh... et puis là je suis sur justement des formations à l'hypnose parce que je pense que c'est un bon moyen aussi, ou de pas prescrire ou de déprescrire » (M10).

La **psychothérapie** reste un moyen plébiscité par les praticiens : « *parce que y'a un terrain un petit peu anxieux, c'est peut-être le réorienter soit vers une psychothérapie ou s'appuyer sur un antidépresseur euh... le... le temps de de stabiliser les choses pour euh... pour diminuer* » (M16) ; « *leur proposer une substitution quand ça me paraît nécessaire, une TCC par exemple* » (M3).

L'ordonnance garde tout de même son statut **d'objet transitionnel**. Les généralistes l'utilisent parfois pour rassurer le patient ; « *Baclofène 10 mg : zéro par jour, 4 semaines. Voilà ! Mais y'a une prescription : entre le doudou et rien quoi. Mais y'a encore un doudou. Y'a encore un objet transitionnel* » (M9) ; « *ça n'empêche que je peux noter sur l'ordonnance euh... "arrêt de tel médicament" ou euh... enfin voilà, des choses qui sont pas vraiment un médicament* » (M16).

e) **Tout médicament est déprescriptible**

Les participants ont été interrogés sur leurs traitements « favoris » à déprescrire. Les réponses sont très variables, **tout traitement inapproprié est déprescriptible** : « *la déprescription c'est pas que les benzo, que les anti-alzheimers... Pour tous les médicaments, ça marche aussi !* » (M5).

Les généralistes déprescrivent les traitements **psychiatriques** : « *les ordonnances où je vois le plus, où il faudrait déprescrire c'est les ordonnances de psychiatres* » (M9) ; « *Après les classes euh... sur lequel... où je suis assez vigilante je pense, c'est tout ce qui est benzodiazépines et anxiolytiques, enfin tout ce qui est anxiolytiques et... et hypnotiques* » (M16) ; les médicaments **cardiovasculaires** : « *Euh... je sais pas... je crois que c'est le cardiovasculaire moi que j'ai envie aussi... les statines euh... les antihypertenseurs en trop euh... les antiarythmiques euh... qui servent à rien* » (M15) ; les **inhibiteurs de pompe à protons** : « *Alors maintenant je vais avoir un gros... un gros problème c'est euh... c'est les inhibiteurs de la pompe à protons. Pfff (rires)* » (M8) ; les **antidépresseurs** : « *les anti-dépresseurs, moi j'essaie d'y penser aussi* » (M7) ; les **antidiabétiques** : « *moi je fais la déprescription de Metformine par exemple. Si vous saviez le nombre de patients euh... qui avaient 1,10 g de sucre ou 1,20 g qu'on a mis sous Metformine* » (M9) ; les **antalgiques** : « *Pour la douleur aussi j'ai vraiment... je trouve qu'on va trop vite. Les médecins vont trop vite du paracétamol, du palier 1 au palier 2* » (M15) ; et même les **antibiotiques** : « *on peut déprescrire les antibiotiques aussi !* » (M9).

Cependant, les médecins de cette étude s'accordent pour dire que les **traitements addictifs**, en particulier les benzodiazépines sont les traitements les plus **difficile à déprescrire** : « *Alors c'est pas... c'est pas impossible, c'est jamais impossible, c'est difficile. Parce que les gens sont réellement accros* » (M4) ; « *Là on est dans la problématique des addictions et du coup clairement là leur dire "ah c'est pas bon pour la santé", enfin ça sert à rien. Enfin si, mais faut que je trouve autre chose. Et du coup euh... eux j'y arrive pas* » (M11) ; « *Donc ben je m'y suis mis et euh... et ça a été très difficile* » (M3).

La première stratégie est donc naturellement de **ne pas prescrire ces médicaments** : « *C'est pour ça que de faire plus attention à ne pas les mettre, c'est moins difficile* » (M11) ; « *Alors moi je les initie pas [les benzodiazépines], c'est la meilleur pratique que j'ai trouvé* » (M2) ; « *de pas commencer déjà les benzodiazépines* » (M12).

Lorsque la prescription est indispensable, il s'agit de **prévenir les patients d'un risque de dépendance** : « *quand j'en prescris je dis que c'est dangereux. Que c'est toujours transitoire, qu'il faut pas en prendre tout le temps, que y'a des addictions qui sont fortes et qu'ils vont être dépendant de ça* » (M2) ; « *c'est-à-dire je vais leur dire : "j'te donne une saloperie (rires), parce que tac tac tac tac tac (mime différents niveaux avec sa main). Voilà les effets indésirables, éducation, voilà les risques. Donc pas longtemps et faudra arrêter très vite" !* » (M1).

Afin de déprescrire des benzodiazépines, il faut ainsi **évaluer l'addiction** du patient au traitement : « *On prend toujours les traitements si c'était nécessaire un moment donné parce que y'avait une situation euh... extrêmement difficile etc. Est-ce qu'aujourd'hui on est toujours dans cette situation ? [...] Evaluer si on est dans une dépendance en fait* » (M10) ; « *Pour cette classe médicamenteuse, ça va être plutôt avec le patient. Comment on lui fait comprendre que là, il est tombé dans une addiction une dépendance euh... à cette classe de molécule et qu'on arrive à le sevrer progressivement* » (M16) ; « *C'est difficile pour vous de l'arrêtez alors ? Donc vous êtes un peu dépendants ? Ah oui oui, j'ai vraiment du mal machin... Ah bah oui hein c'est une drogue* » (M1).

Puis, la déprescription se fait **progressivement**, très lentement : « *typiquement les psychotropes... ou des choses qu'il faut arrêter progressivement* » (M7) ; « *Alors faut faire attention, faut pas déprescrire trop rapidement les benzo. [...] Alors progressivement, tu descends tout doux tout doux...* » (M1) Elle se fait au rythme adapté au patient et à son addiction : « *Ils ont une dose, ils veulent baisser, alors je leur dis d'essayer, on passe à des demis, et puis si ça va pas vous faites des demis un jour sur deux et puis bah pleine dose l'autre*

jour, et après vous faites trois jours puis... Bah vous vous débrouillez et puis on voit où vous en êtes dans un mois » (M5).

8. Le rapport avec les autres professionnels de santé

Le médecin traitant n'est pas le seul acteur de la déprescription. Les autres professionnels de santé sont plusieurs fois mentionnés dans les entretiens des participants.

a) Communication

La communication entre le médecin traitant et les autres professionnels de santé, en particulier les spécialistes d'organes est un sujet chez les médecins interrogés.

Communiquer est indispensable dans les processus de déprescription : « Dès qu'il y a un confrère qui est dans la boucle, la déprescription est discutée avec lui » (M10) ; « Et il faut du temps aussi de discussions, de courriers euh... en posant bien euh... le problème pour le spécialiste » (M15) ; « je pense que c'est quand même euh... bien pour le patient qu'il ne... qu'il y ait une continuité de soins et une cohérence de discours entre les spécialistes » (M16).

A fortiori quand le traitement est initié par le spécialiste d'organe : « moi je suis très à l'aise avec ça en disant "mais je suis pas du tout d'accord avec ce traitement et je ne le prescrirais pas". Et... et puis alors j'ai été très content qu'il m'appelle en disant "comment ça, tu ne prescribes..." ? Et de lui expliquer, c'était super bien ! » (M8) ; « Après y'a le côté qui est euh... important c'est de faire ça en accord avec les spécialistes. [...] En faisant un courrier aux spécialistes qui les prescrivent ou autre » (M6).

Les praticiens regrettent pourtant la **communication délicate et difficile** avec les autres spécialistes en matière de déprescription : « Certains euh... certains en fait sont... ont un peu dans l'idée qu'il est bien... surtout sur les personnes âgées, c'est "il est bien comme ça donc on va rien toucher". » (M16).

Ils ne semblent pas sensibles à l'utilité de la déprescription : « c'est compliqué avec les spécialistes de... parce qu'on est quand même seuls dans cette question de la multi-morbidité et polymédication. Et y'en a aucun qui s'occupe vraiment de ça. C'est comme si c'était pas vraiment leur souci. » (M15).

Certains ont malgré tout **recours aux autres spécialistes pour justifier leur déprescription** : « Enfin j'ai recours à d'autres spécialistes pour euh... pour argumenter » (M2) ; « j'avais une maitre de stage qui envoyait à tel médecin quand elle voulait justement euh... essayer de convaincre le patient parce qu'elle savait que ce correspondant-là il allait bien... » (M7) ; « Après donc euh... quand on est d'accord avec le spécialiste c'est différent, c'est plus facile de le faire accepter au patient » (M6).

Il faut accepter d'oser demander de l'aide aux confrères quand la situation rentre dans une impasse : « Alors j'ai dit mes outils : le mieux c'est d'en parler avec d'autres » (M14) ; « Soit vers un médical, soit vers un spécialiste, soit vers l'hôpital. Mais il faut aller chercher de l'aide. Et plus être dans le face à face où y'a un truc qui marche pas » (M15) ; « Donc je pense que dire que c'est le spécialiste qui l'a initié et qu'on peut pas le bouger... bah en fait c'est faux. Il faut les appeler et ils savent hein » (M2).

Le plus commode est d'avoir un **carnet d'adresses** de spécialistes déprescripteurs : « Une fois par an je passe... je montre ma tête aux spécialistes, je récupère les numéros directs. Et après c'est un vrai travail à l'endroit où on est installé de connaître les numéros de téléphone de nos collaborateurs principaux » (M2) ; « quand je vois des patients, je les adresse en général moi à des correspondants que je connais et euh... et que j'ai sélectionnés parce qu'eux-mêmes ne prescrivaient pas beaucoup » (M13) ; « c'est à nous de les choisir aussi. Après encore faut-il avoir un peu le choix et c'est vrai qu'au début quand on commence bah... faut se faire son réseau » (M7).

b) Légitimité

Certains médecins n'ont aucune crainte à **déprescrire les traitements des spécialistes d'organes** : « moi je leur écris "je suis pas d'accord avec ton traitement". Arrête de... arrêtez de prescrire des médicaments inutiles » (M8) ; « Comme c'est le spécialiste qui prescrit le médicament, on a peur de déprescrire... Vous ça vous fait pas tellement peur ? Non! (rires) » (M1) ; « un traitement prescrit par un spécialiste euh... j'ai pas d'idée comme ça mais qui fonctionne pas... bah ça... ça me pose aucun problème de l'arrêter » (M4).

C'est cependant plus difficile que de déprescrire ses propres traitements : « quand c'est d'autres personnes qui ont commencé la prescription... d'autres spécialistes qui ont commencé la prescription, c'est plus compliqué de l'arrêter sans leur demander leur avis » (M12).

La **reprise de la patientèle** d'un ancien médecin n'est pas évidente, surtout si celui-ci n'était pas déprescripteur : « *y'a un médecin traitant euh... qui est parti à la retraite qui avait une grosse grosse patientèle de personnes âgées. Et donc on en a récupéré beaucoup, avec des prescriptions un peu farfelues. Et du coup on a dû se poser la question de comment on allait déprescrire tout ça* » (M11) ; « *c'est pas toujours justifié dans le dossier. Quand on récupère un dossier de patient, que ça fait dix ans qu'il est suivi au cabinet et que euh... c'est marqué nulle part bah ça... c'est difficile de savoir d'où ça vient* » (M2).

Pour beaucoup, c'est une question de **légitimité** : « *Donc c'est la culture actuelle mais qui remonte à mon péché originel c'est-à-dire... on a eu aucune formation quand on était petit. On pouvait pas faire entendre la voie de la médecine générale* » (M14).

Des médecins ont pu se sentir **illégitime vis-à-vis du spécialiste** au début de leur exercice : « *Je sais pas si c'est une question de légitimité, peut-être un petit peu. C'est-à-dire qu'au début j'avais du mal à me... me trouver légitime. [...] Est-ce que je suis vraiment suffisamment compétente pour passer au-delà de la prescription du spécialiste ? Donc ça maintenant je le gère.* » (M11).

La légitimité première du spécialiste est parfois **relayée par les patients** ; « *Ils avaient fait euh... le changement et là c'était passé. Parce que c'est le spécialiste à l'hôpital, y'a eu une espèce de croyance en quelque chose qui était plus sérieux* » (M15) ; « *Mais euh..., y'en a d'autres c'est... qui vont beaucoup plus croire les spécialistes. Et dans ces cas-là bah je vais pas m'acharner hein... la représentation...* » (M6) ; « *après y'a la légitimité vis-à-vis du patient, c'est-à-dire que y'a des patients qui n'entendent pas qu'on puisse euh... pour eux c'est compliqué. Pour eux le spécialiste a dit... c'est normal, il a fait plus d'étude...* » (M11).

Mais ces derniers ont souvent **confiance avant tout en leur médecin traitant** : « *y'a des patients qui viennent euh... sans prendre le médicament. Qui veulent d'abord l'avis du généraliste !* » (M6) ; « *les patients souvent... Ils sortent de l'hôpital, ils reviennent me voir après en disant : "vous savez j'ai pas pris ce qu'on m'a donné à l'hôpital, j'ai repris votre ordonnance"...* » (M9).

c) **Projets communs**

Les rapports avec les autres professionnels de santé permettent dans certains cas de mener à bien des projets communs en matière de déprescription : « *Et il me semble moi que euh... au travers de tout ce que j'ai vu là, il faut vraiment qu'on travaille en pluriprofessionnel et avec*

des approches euh... Chacun ayant une approche et un... et un regard euh... de son point de vue sur euh... sur la sécurité du... du médicament » (M14).

Il existe des projets de **déprescription avec les pharmaciens** : « *Mais euh... bah en matière de déprescription, là euh... pour l'année à venir ce qu'on aimerait bien faire c'est que une fois par trimestre [...] avec le pharmacien on se pose avec les ordonnances euh... de plus de dix médicaments » (M2) ; « Les bons pharmaciens qui font leur métier de pharmacien pour aider les patients, qui... qui m'envoient d'ailleurs les patients en disant « il prescrit très peu » (M9).*

Des initiatives sont également proposées **entre confrères** : « *Donc un jour, on a dit "on va faire vraiment un vrai travail de déprescription" et donc on a essayé de déprescrire les médicaments de la liste [de Prescrire] » (M14).*

Le fait d'être en **maison de santé** pour une partie des médecins permet de réfléchir ensemble aux différents moyens de déprescription : « *Alors je travaille dans une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire. Donc on a cinq bureaux de médecins, aucun d'entre nous n'est à temps plein. Euh... de ce fait, on a des fichiers partagés et il n'est pas rare que nous voyions les patients des autres » (M3) ; « essayer d'améliorer la santé du territoire. C'est pour ça que là on est en maison de santé » (M2).*

Discussion

Nous avons interrogé des médecins déprescripteurs d’Ile-de-France sur leurs stratégies de déprescription. Cette étude nous a montré comment il était possible de déprescrire sereinement au sein d’un cabinet de médecine générale.

1. Méthodologie

a. Forces de l’étude

Cette thèse de recherche qualitative a plusieurs points forts méthodologiques.

En premier lieu, la méthode qualitative nous a paru la plus adaptée pour réussir à comprendre le fonctionnement des médecins déprescripteurs. Les entretiens ont été réalisés individuellement, afin d’avoir une parole libre, sans jugement ni leader d’opinion, comme aurait pu le faire un focus-group par exemple. J’ai ressenti durant ces entretiens un réel plaisir des médecins à transmettre leurs idées et leurs expériences au fil de la conversation, sans crainte d’exprimer leur pensée.

Il s’agit de la première étude interrogeant spécifiquement des médecins déprescripteurs. La méthode qualitative ne requérait pas d’échantillon représentatif de la population, mais il nous a paru important de rencontrer des médecins des deux sexes et de tout âge.

L’enquêtrice étant néophyte dans la recherche qualitative, elle a tenu néanmoins à s’investir totalement pour assimiler la méthode de l’étude. Des entretiens exploratoires ont été réalisés afin d’améliorer l’aisance du discours et de s’imprégner du guide d’entretien.

L’enregistrement vocal permettait de ne pas prendre de notes durant les entretiens, dans le but d’engager une véritable conversation entre les protagonistes. Il n’y a donc pas eu d’oubli de la retranscription des données.

L’enquêtrice a analysé les verbatims de la manière la plus objective possible. La triangulation du chercheur a montré une analyse similaire sur un échantillon d’entretiens, traduisant la neutralité des résultats.

b. Limites de l'étude

En dépit de nos efforts, il existe inexorablement des limites à cette étude.

Le choix des médecins déprescripteurs s'est fait de manière subjective. Ils ont été choisis grâce à l'intérêt qu'ils portent à la déprescription ou sélectionnés dans l'entourage des directeurs de thèses.

Malgré la recherche de déprescripteurs variés, une partie des médecins proviennent cependant du département de médecine générale de Paris Descartes, réduisant la variabilité de l'échantillon. Quoi qu'il en soit, une recherche qualitative ne permet en aucun cas la généralisation à la population générale.

En outre, certains médecins étaient des enseignants connus de l'enquêtrice. Nous ne pouvons pas exclure un certain biais de courtoisie et d'interaction selon les différents participants.

Il existe, de plus, un biais d'investigation. En effet, l'enquêtrice n'avait jamais réalisé de recherche qualitative auparavant. L'apprentissage théorique de la méthode a limité ce biais mais les participants ont pu néanmoins être influencés. Il est possible que les relances aient involontairement suggéré des idées aux généralistes.

D'autre part, un biais d'interprétation reste plausible malgré la triangulation du chercheur. En effet, les médecins interrogés n'ont pas pu valider les données recueillies.

2. Analyse des résultats

Les résultats les plus pertinents seront analysés ici de manière non exhaustive. L'ensemble de l'analyse des verbatims est synthétisé dans l'arbre thématique ci-dessous (figure 1).

L'objectif de cette thèse consistait en la recherche des outils pratiques des médecins généralistes pour déprescrire. Cet objectif a été atteint, tous les médecins ayant des idées concrètes pour faciliter leur déprescription.

En outre, c'est la volonté d'être déprescripteur qui semble réunir les participants.

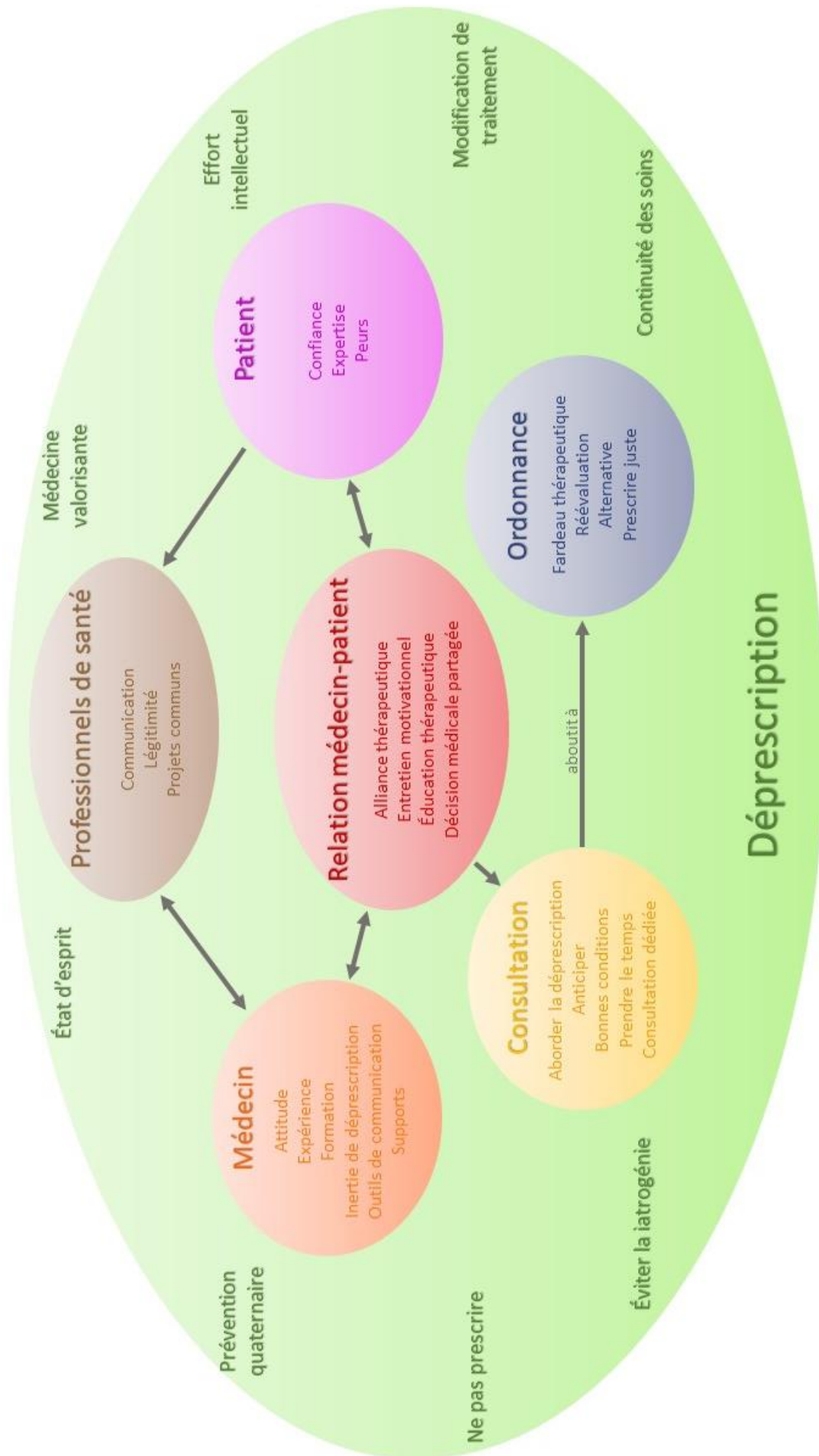


Figure 1: arbre thématique

a. Devenir déprescripteur

On ne naît pas déprescripteur, on le devient. Pour tous les participants, c'est une réflexion sur leur exercice qui a abouti à la nécessité de déprescrire au quotidien.

❖ Une démarche réflexive

La déprescription a nécessité de la part des médecins rencontrés une démarche particulière. En effet, le concept de réflexivité s'applique particulièrement aux médecins généralistes. Selon John Dewey, la réflexivité est provoquée par un évènement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions (58). Il est décrit cinq étapes dans ce processus :

1. Reconnaissance d'un problème
2. Définition de ce problème
3. Formulation de solutions hypothétiques
4. Anticipation des résultats possibles
5. Mise à l'épreuve des hypothèses résolutive

Ces étapes peuvent être appliquées à la démarche de déprescription:

1. Découverte des effets indésirables médicamenteux
2. Réflexion sur la iatrogénie médicamenteuse
3. Réévaluer les traitements prescrits avec le patient
4. Objectif d'améliorer la santé de sa patientèle
5. Décision de pratiquer la déprescription au quotidien

Cette démarche réflexive est utilisée par les praticiens rencontrés pour améliorer leur pratique de déprescription. L'auto-apprentissage par la réflexivité est en réalité le point central de la pédagogie du collège national des généralistes enseignants. Le Dr Cabannes a théorisé cet apprentissage en différents niveaux de réflexivité que les étudiants acquièrent au fil des années et de leurs expériences en médecine de ville (59).

Les généralistes ayant bénéficiés du DES de médecin générale ont été sensibilisés très tôt à l'importance du bon usage du médicament. En outre, les cours de la faculté ont parfois abordé la déprescription. Mais c'est surtout dans les stages (de niveau 1 et de SASPAS) par la transmission de leurs aînés ou leur vécu au cabinet, qu'ils ont compris l'importance de déprescrire.

Les médecins les plus expérimentés n'ont pu bénéficier de la formation initiale du DES de médecine générale. Ils ont ainsi dû apprendre par eux-mêmes, tant à partir de l'auto-formation, la formation continue qu'à travers leur expérience au cabinet, pour en arriver à la nécessité de déprescrire. Ils ont appris à développer un esprit critique vis-à-vis des laboratoires, pourtant très prisés au début de leur installation. La plupart refusent maintenant les visiteurs médicaux. Ces généralistes ont également vécu des situations cliniques qui les ont marqués. Ils ont vu plusieurs patients souffrir d'effets indésirables graves dû aux traitements prescrits. La démarche a ainsi été plus longue pour ces médecins, mais également plus personnelle.

La médecine évolue rapidement, et il existe chaque jour des nouvelles études occasionnant un changement dans la pratique quotidienne. Il faut ainsi être capable de questionner son exercice au quotidien. Des traitements recommandés hier ne le seront peut-être plus demain. Par ailleurs, les étudiants en médecine qui assistent aux consultations enrichissent la réflexivité des médecins rencontrés. Les compétences apprises lors de l'internat constituent un « savoir-agir » permettant l'identification et la résolution de problèmes (58). Par les stages chez le praticien, les internes apprennent ainsi un savoir-faire et un savoir-être qui vient compléter leurs connaissances. Les interrogations des étudiants interpellent et contribuent à l'évolution permanente du praticien.

Déprescrire c'est également oser se replonger dans les dossiers lors d'une reprise de patientèle, afin que chaque traitement represcrit soit justifié. Les médecins interrogés dans ce cas ont ainsi pu faire le tri dans des médicaments qu'ils jugeaient parfois inappropriés.

Les déprescripteurs ont ainsi remis en cause leur pratique et fait évoluer leur exercice quotidien. La formation continue a pris une grande importance afin de rester vigilant notamment sur la thérapeutique et les différents modes de communication au sein de la consultation.

❖ Une formation en continue

Qu'ils soient médecins depuis longtemps ou ayant bénéficié de la formation du DES, les participants continuent leur formation au quotidien.

La formation inhérente au DES de médecine générale a permis aux plus jeunes d'appivoiser la déprescription plus tôt que leurs aînés. En effet, les principes de bon usage du médicament n'existaient pas il y a une vingtaine d'années. Les risques iatrogéniques ont été enseignés à l'université, dans le but de sensibiliser la nouvelle génération de médecin.

La formation aux techniques de communication et à l'entretien motivationnel sont apparues en formation continue puis en formation initiale, afin que le plus grand nombre en bénéficie. Ce sont des techniques indispensables dans le processus de déprescription. Il s'agit de savoir analyser les ressentis du patient avec lui, afin de trouver des leviers permettant la déprescription.

Les participants continuent également à se tenir informés de l'actualité médicale, en particulier de la thérapeutique. La majorité trouve dans la revue *Prescrire* des sources fiables, permettant d'évaluer l'intérêt d'introduire tel ou tel traitement.

Des outils pratiques sont également plébiscités pour aider à la décision partagée. Tout d'abord, il existe les calculs du risque cardiovasculaire en ligne, permettant de réfléchir à l'introduction ou l'arrêt d'une statine : Mayo Clinic (60), Cardiorisk (61), Heartscore (62). Ils sont utilisables en consultations dans l'optique d'une décision partagée avec le patient.

Les fiches-infos patients de la revue *Prescrire* sont un bon moyen d'information. Elles sont très utilisées pour les pathologies bénignes type gastro-entérites ou rhinopharyngites. Elles permettent de donner des conseils appropriés aux patients à la place de médicaments potentiellement dangereux.

Le site NNT (Number Needed to Treat) estime le nombre de patients à traiter par rapport au nombre d'effets indésirables pour un traitement spécifique dans une indication précise (63). Il propose ainsi de discuter des avantages et inconvénients d'un traitement afin de prendre une décision conjointe, partagée et acceptable avec le patient.

❖ Une motivation nécessaire

La condition *sine qua non* pour déprescrire est bien sûr de le vouloir. Les participants s'accordent pour dire que la motivation est nécessaire au quotidien. Il faut pouvoir à chaque consultation se poser la question de l'utilité d'un traitement et réfléchir à la possibilité de le

stopper si nécessaire. Être enthousiaste et volontaire à l'idée de déprescrire permettra d'y penser plus souvent et d'encourager le patient dans cette démarche.

Il est également important de persévérer au fil des consultations. Lorsque les patients refusent la déprescription, les généralistes suggèrent de reposer la question lors de prochaines consultations. La motivation doit ainsi rester intact sur le long terme. L'initiation d'une déprescription peut prendre plusieurs mois, voire années. Par ailleurs, le suivi d'une déprescription débutée se fera sur de nombreuses consultations. Le généraliste se doit de continuer l'accompagnement du patient jusqu'au bout.

D'autre part, il arrive que le médecin lui-même soit frileux à déprescrire. La question peut rester en suspens pour pouvoir être débattu après une réflexion à froid, parfois aidée d'un confrère.

❖ La satisfaction d'être déprescripteur

Cette thèse a pour ambition d'aider les jeunes médecins à déprescrire. Outre les outils pratiques donnés, il nous a paru indispensable de comprendre les raisons des généralistes à déprescrire, qui semblent être la clé de leur motivation quotidienne.

Les généralistes rencontrés dans le cadre de cette étude éprouvent de la satisfaction lors de ces consultations par le sentiment d'être utile au patient. L'exercice de la déprescription est vécu comme valorisant selon eux. Leur métier est devenu plus captivant encore et ils expriment ainsi leur plaisir à exercer.

La nécessité de déprescrire pour ces médecins a changé leur vision de la médecine. Les consultations deviennent plus complexes et la relation médecin-malade plus complète. L'éducation des patients leur permet aussi de modeler petit à petit une patientèle à leur image. Les praticiens ont également la volonté de transmettre leur savoir, aux patients mais également aux jeunes médecins qui croisent leur route.

L'envie d'améliorer l'état de santé de leur patientèle et à fortiori de les protéger d'une iatrogénie potentielle semblent faire partie de leurs motivations. D'une manière générale, ces médecins participent au développement de la santé publique, en prônant une médecine équilibrée et économe.

Par ailleurs, la satisfaction de « bien faire son travail » est moteur dans leur exercice au cabinet. Les généralistes rencontrés essaient d'être de « bons médecins ».

Devenir déprescripteur a ainsi rendu les praticiens sollicités heureux dans leur pratique. Un retour en arrière n'est aucunement envisageable.

b. La communication au cœur de la déprescription

Les médecins interrogés ont beaucoup insisté sur la communication pour réussir une déprescription, d'abord avec le patient au sein de la consultation, puis entre professionnels de santé.

❖ Relation médecin-patient

La relation avec le patient est le point central de la marguerite des compétences enseignées aux internes de médecin générale. Elle se base sur une communication ouverte entre les deux protagonistes, permettant une prise en charge de qualité. Les généralistes interrogés placent cette relation au cœur du processus de déprescription.

En effet, la déprescription ne peut se faire qu'après avoir établi une relation de confiance avec son patient. Les praticiens attendent généralement plusieurs consultations avant de proposer une déprescription, dans le but de forger une alliance thérapeutique. Ils sont ainsi privilégiés dans la pratique de la déprescription, vis-à-vis des autres spécialistes qui voient les patients plus ponctuellement.

En outre, les généralistes ont mentionné l'importance du dialogue. Le médecin doit oser aborder le sujet, lancer la discussion, tout en laissant la possibilité au patient de le faire. Celui-ci doit avoir de la place pour exprimer son ressenti, ses craintes, ses besoins. A travers l'entretien motivationnel, le dialogue est personnalisé, au plus proche des besoins du patient. La balance décisionnelle peut l'aider à entrevoir les bénéfices d'une déprescription. Outre écouter son patient, le médecin tient également à faire passer un message, pour l'éclairer dans sa décision.

Ce dialogue entre médecin et patient aboutit à une décision médicale partagée. Pour les praticiens, la déprescription ne se fait qu'avec l'accord du patient. La décision est prise conjointement, après avoir débattu des avantages et inconvénients ainsi que des modalités

de la déprescription. En outre, une revue de la littérature de 2018 suggère un bénéfice de la décision médicale partagée (64). Elle semble améliorer la satisfaction, l'observance et la qualité de vie des patients, sans allonger le temps de consultation. Les patients sont également très favorables au concept de décision médicale partagée. En effet, une étude réalisée dans le Morbihan en 2014 retrouve un intérêt particulier des patients pour la consultation de « renouvellement d'ordonnance » (65). Ils y ressentent le besoin de participer aux décisions et recevoir des explications.

L'éducation thérapeutique reste également un moyen utile dans le cadre de la déprescription. Les médecins prennent le temps d'informer les patients des enjeux et de vérifier leur compréhension des risques.

❖ Communiquer avec les autres professionnels

La communication avec les autres professionnels de santé permet également de faciliter le processus de déprescription.

Les projets en communs avec le pharmacien comme la réflexion conjointe sur les ordonnances des patients prennent du temps mais peuvent être inclus dans le cadre de projets au sein d'une maison de santé. Il existe d'ailleurs des associations entre maison de santé pluriprofessionnelle et pharmacies de quartier dans cet objectif. De plus, depuis mars 2018, les pharmaciens sont invités à pratiquer des bilans partagés de médication (66). Ils peuvent ainsi proposer aux patients des consultations au sein de l'officine, pour faire le point sur leurs traitements. Ce bilan pourrait être le point de départ d'un travail commun de déprescription entre pharmaciens et médecins traitants.

Les spécialistes d'organes devraient également être acteurs de la déprescription. Selon les participants, ils sont trop peu impliqués dans ce processus, n'ayant en tête que les médicaments spécifiques à leurs pathologies, sans avoir de vision globale. La thèse du Docteur Sivarasalingam montre effectivement une faible implication des spécialistes d'organes dans le processus de déprescription (40).

Certains généralistes pensent à contrario qu'un travail avec les autres spécialistes est possible, à travers une meilleure communication. Il est bénéfique d'échanger avec les spécialistes sur l'éventualité d'arrêt d'un traitement. L'échange par mail est plébiscité, les courriers remis par

l'intermédiaire du patient semblant moins efficaces. Il est en outre tout à fait possible d'arrêter le traitement d'un confrère, si cette démarche est expliquée et justifiée clairement au patient et à son autre médecin. En 2017, le CHU de Toulouse a lancé un réseau d'aide à la déprescription. Il s'agissait de téléconférences entre médecins traitants et médecins hospitaliers dans le but d'aider les généralistes dans la révision d'ordonnances. La thèse consacrée au projet montre un intérêt certains des généralistes pour cette évaluation pluridisciplinaire (41).

c. Durée et continuité des soins

Le temps est un facteur important dans la déprescription. Il s'inscrit pleinement dans la continuité des soins.

❖ Continuité des soins

Les médecins traitants ont l'avantage de suivre les patients sur la durée. La déprescription nécessite en effet un suivi rapproché. Le projet de déprescription doit mûrir avec son patient, ce qui nécessite souvent plusieurs entretiens. La relation de confiance doit être instaurée en amont.

Lorsque qu'on déprescrit des traitements addictifs, la décroissance est très progressive et nécessite des consultations rapprochées. Supprimer totalement un traitement comme un anxiolytique peut prendre plusieurs années. Le médecin et le patient doivent ainsi être prêts à poursuivre le processus de déprescription sur le long terme.

La surveillance post-déprescription consiste aussi en plusieurs consultations, afin de s'assurer de la bonne tolérance du patient suite à l'arrêt du traitement.

❖ Bonnes conditions

Il s'agit d'abord de trouver le bon moment afin de proposer une déprescription. Le médecin doit être dans de bonnes dispositions. Nous avons vu qu'il devait être motivé : le retard accumulé, la fatigue ou une précédente consultation difficile sont des facteurs contrariant la déprescription.

Le patient doit également être prêt. Il s'agit de trouver le bon tempo en fonction de son contexte de vie, ses inquiétudes, ses pathologies aiguës, etc. Il faut accepter de reporter parfois la déprescription, afin de trouver le moment propice.

❖ Consultation dédiée

La déprescription est faisable au quotidien en médecine de ville. Il faut cependant accepter de prendre suffisamment de temps pour la consultation. Les médecins rencontrés prévoient tous au moins vingt minutes de consultation par patient, restant cependant fréquemment en retard. Selon la thèse de Sylvain Blesses en 2012, les déprescripteurs effectuaient de fait moins de 120 actes par semaine (67).

Si le patient venait avec plusieurs motifs de consultation, les médecins déprescripteurs proposaient également de faire des consultations spécifiques pour aborder la question des traitements.

d. Réévaluation d'ordonnance

Il est difficile lorsqu'on est fatigué et que les patients s'accumulent, de ne pas renouveler le traitement d'un patient rapidement, sans vraiment y réfléchir. Les généralistes participants combattent le concept du renouvellement d'ordonnance pour le remplacer par « réévaluation d'ordonnance ».

Chaque consultation où le médecin doit refaire l'ordonnance nécessite une vigilance particulière. Il fait particulièrement attention à l'indication du traitement, sa posologie et la balance bénéfice-risque. Les événements intercurrents peuvent également faire modifier l'ordonnance. Le traitement est prescrit pour une durée déterminée. Le patient sera ainsi invité à revenir à l'issue de cette période pour évaluer à nouveau la pertinence des traitements prescrits.

Lors de sa réflexion, le médecin mesure le bénéfice-risque. Si un traitement à une balance défavorable, il cherche la meilleure alternative possible. De ce fait, les mesures non médicamenteuses comme les conseils hygiéno-diététiques, l'hypnose ou la psychothérapie sont des alternatives optimales dans certaines indications.

Pour les généralistes participants, la déprescription fait partie de leur pratique courante. Elle rentre dans un concept plus global de « prescrire juste ».

On pourrait rapprocher cette notion de la campagne « Choosing Wisely » lancée aux Etats-Unis en 2012 (68) et reprise activement par la communauté scientifique canadienne. Choisir avec soin, c'est se poser la question de la surmédicalisation et essayer de réduire la consommation d'examen et de soins inutiles en santé (69). L'Académie Américaine des

médecins de famille et le Collège des médecins de famille du Canada ont établis une liste de cinq items initialement, puis treize, ayant pour but de questionner les généralistes dans leur pratique (70):

- 1- Pas d'imagerie sur les lombalgies sans signaux d'alarme.
- 2- Pas d'antibiotiques sur les infections ORL virales.
- 3- Pas de radiographies pulmonaires et d'électrocardiogrammes de dépistage aux patients asymptomatiques ou à faible risque.
- 4- Pas de frottis de dépistage avant 21 ans ou après 69 ans.
- 5- Pas de bilan sanguin annuel systématique sauf s'il existe une indication.
- 6- Pas de dosage de vitamine D chez les adultes à faible risque.
- 7- Pas de mammographie entre 40 et 49 ans sans facteur de risque.
- 8- Pas d'examen annuel chez les adultes asymptomatiques sans facteur de risque.
- 9- Pas d'ostéodensitométrie chez les patients à faible risque.
- 10- Pas d'autosurveillance strict des glycémies chez les diabètes non insulino-dépendants.
- 11- Pas de prescription de TSH chez les patients asymptomatiques.
- 12- Ne continuez pas l'analgésie par opioïdes au-delà de la période postopératoire immédiate ou de l'épisode de douleur aiguë et intense.
- 13- Pas d'opioïdes pour la douleur chronique avant d'avoir essayé les modalités non pharmacologiques et d'avoir procédé à un essai suffisant des agents non opioïdes.

L'impact de « Choosing Wisely » est très difficile à évaluer. Quelques années après le début de la campagne, une étude américaine retrouve une baisse significative électrocardiogrammes chez les patients sans facteurs de risque et des imageries cérébrales chez les patients présentant des céphalées sans signe de gravité (71). L'étude ne met cependant pas en évidence de diminution des radiographies thoraciques chez les patients asymptomatiques ni de réduction des imageries dans les lombalgies communes.

Plus de vingt pays ont adhéré au concept de « Choosing Wisely » et commencent à écrire leur propre « Top 5 List », dans l'objectif de sensibiliser la communauté médicale et la population aux dangers de la surmédicalisation.

Finalement, il s'agit de prescrire lorsque c'est nécessaire, mais seulement lorsque c'est nécessaire, respecter le bon usage du médicament, savoir ne pas prescrire, savoir

déprescrire... Ce sont les qualités nécessaires au médecin prescripteur. Si l'on ajoute les compétences de communication, relation médecin-patient et prise en charge globale de la personne, on obtient l'idéal du bon médecin que chacun voudrait atteindre.

3. La déprescription au sein de la marguerite des compétences

Nous avons vu dans cette étude que pratiquer la déprescription est un art qui nécessite des compétences précises. Les médecins généralistes rencontrés sont conscients de la nécessité d'enrichir ces compétences tout au long de leur exercice. Ils gardent cette envie de toujours vouloir améliorer la prise en charge de leur patientèle.

Les compétences nécessaires à la déprescription sont très similaires aux compétences proposées par le CNGE pour les études du troisième cycle de médecine générale (72). L'arbre thématique illustrant la déprescription pourrait ainsi être remodelé selon la marguerite des compétences (Annexe 6), comme présenté dans la figure 2.

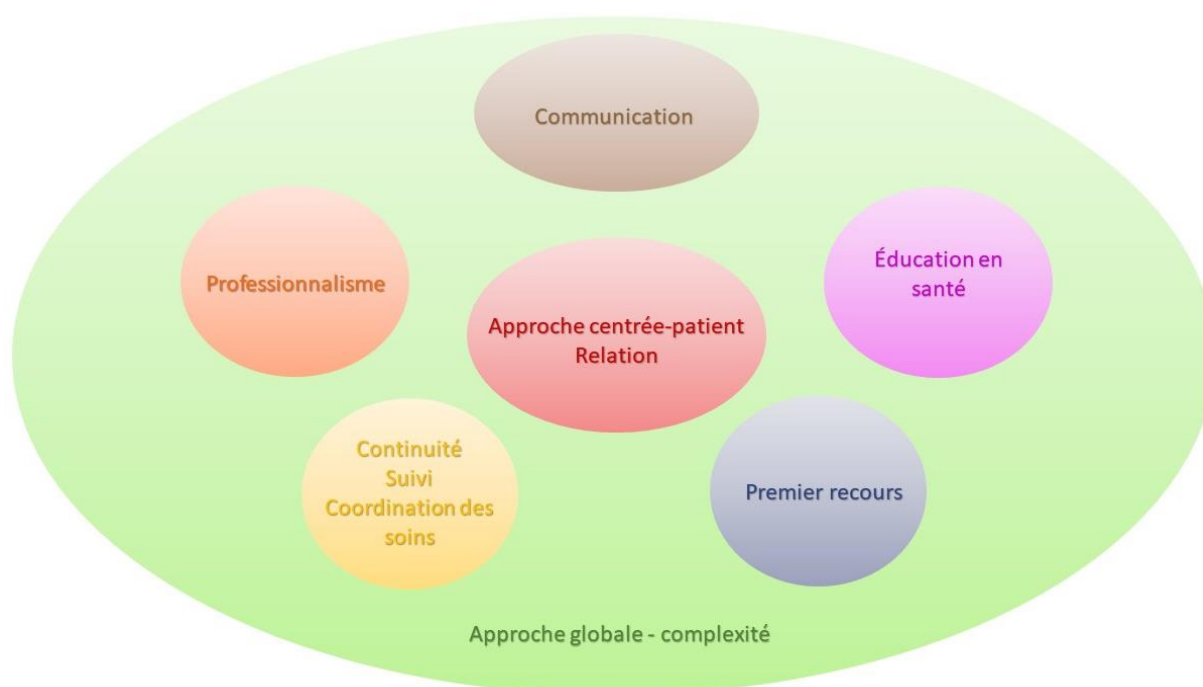


Figure 2: marguerite des compétences en déprescription

❖ Approche globale, complexité

Les médecins rencontrés rendent compte de la complexité de la déprescription. Cette démarche nécessite de prendre le patient dans sa globalité et sa complexité. De ce fait, les médecins traitants sont les acteurs essentiels et privilégiés de la déprescription.

❖ Education, dépistage, prévention individuelle et communautaire

L'éducation thérapeutique est le premier volet de cette compétence. Elle est pratiquée par tous les généralistes interrogés afin d'augmenter la compréhension des patients de leurs pathologies et des traitements associés.

La prévention est également liée à la déprescription. Les médecins choisissent les traitements avec soin afin d'éviter les effets indésirables. La polymédication est surveillée étroitement dans le but de prévenir les interactions médicamenteuses. L'objectif de prévention peut également être élargie : prévenir les effets indésirables permet de prévenir les hospitalisations et les dépenses de santé dues à la iatrogénie. La non-prescription d'antibiotiques lorsqu'ils ne sont pas nécessaires est essentielle dans la lutte contre l'antibiorésistance. Les praticiens préviennent leurs patients des risques encourus à chaque introduction d'un traitement potentiellement iatrogène. Ils respectent ainsi un des principes d'Hippocrate : *primum non nocere*.

❖ Premier recours, urgences

La déprescription se fait rarement dans l'urgence. Cependant, on retrouve la compétence de premier recours dans la déprescription. Les traitements sont prescrits et déprescrits lors de consultations tout-venant, pour des pathologies aiguës ou chroniques.

❖ Continuité, suivi, coordination des soins

La continuité des soins est primordiale dans la déprescription. Ce processus n'est possible que dans le cadre d'un suivi régulier du patient. Le médecin traitant est le véritable coordinateur de la déprescription. En effet, il adresse le patient aux spécialistes d'organes lorsque c'est nécessaire puis synthétise les différentes prises en charge. Il réévalue le patient en sortie d'hospitalisation et surveille les signes de décompensation.

❖ Relation, communication, approche centrée-patient

La déprescription reste une décision médicale partagée. Une relation de confiance entre le médecin et son patient doit être instaurée. Par ailleurs, le médecin s'adaptera à chaque patient selon son histoire de vie. Les deux protagonistes de la consultation doivent pouvoir communiquer ensemble afin de réussir à déprescrire.

❖ Professionnalisme

Les médecins déprescripteurs travaillent au quotidien à leur épanouissement personnel. La formation continue est indispensable pour suivre l'évolution de la science. La compétence « professionnalisme » requiert un engagement envers la société. Le médecin assume sa responsabilité vis-à-vis de ses patients. Il entretient une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé et contribue à la formation des jeunes générations. Enfin, la déprescription n'est possible que chez des médecins motivés, qui cherchent à améliorer l'état de santé de la population.

4. Création d'un guide de déprescription

Ce travail de recherche a pour objectif principal de trouver des stratégies utiles aux médecins afin de faciliter leur déprescription. Dans cette optique, nous avons réalisé un guide pratique de déprescription. Cette petite fiche contient des conseils pouvant sensibiliser les médecins généralistes et les inciter à déprescrire (figure 3).

Le troisième cycle des études médicales en médecine générale fait prendre conscience aux étudiants de l'importance du bon usage du médicament et des dangers de la iatrogénie. Cependant, il n'existe pas à proprement parler de cours sur la déprescription à la faculté de Paris Descartes. L'utilisation de ce guide pour la formation des internes pourrait améliorer leur pratique. Le premier stage chez le praticien serait un moment idéal pour attirer leur attention sur le sujet.

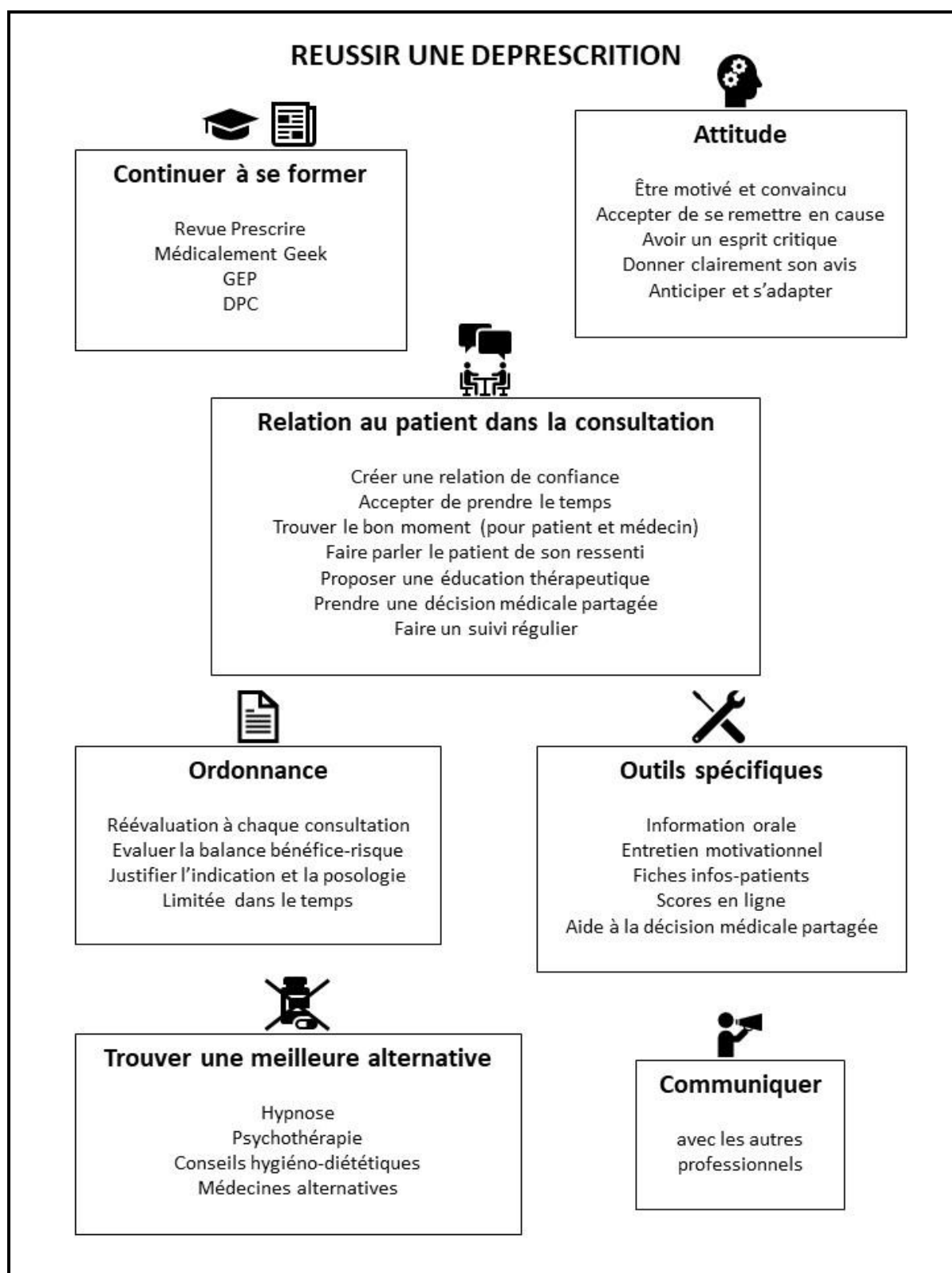


Figure 3: guide de déprescription

Ces conseils pour déprescrire ont été théorisés de manière empirique, à travers le vécu des médecins considérés comme déprescripteurs. Ce guide n'est donc pas une méthode validée scientifiquement. Un prochain travail de recherche pourrait consister en la mise en œuvre de ce guide, lors d'un DPC (développement professionnel continu) ou auprès des internes de troisième cycle, puis d'en évaluer l'efficacité. Nous pourrions également objectiver la réduction du nombre de traitements prescrits et d'effets indésirables liés aux médicaments auprès des médecins pratiquant la déprescription.

Ce travail de recherche a permis de comprendre le fonctionnement des déprescripteurs. Notre hypothèse de départ s'est vérifiée : les généralistes interrogés ont acquis leurs compétences par différents moyens. Ils ont couplé leur formation et leur expérience pour réussir à déprescrire. Il en résulte des stratégies basées sur leur attitude envers le patient, ainsi que des outils pratiques facilement utilisables en consultation. La transmission de leur compétence de déprescription pourra ainsi aider les médecins à pratiquer cet art.

Conclusion

Cette étude est la première qui s'intéresse aux médecins spécifiquement déprescripteurs. En effet, la littérature met principalement en garde sur les difficultés de la déprescription. Le manque de temps et de communication sont les obstacles principaux. La formation semble peu présente. Par ailleurs, les plans de déprescription proposés restent très théoriques et n'abordent pas la pratique du médecin traitant en ville. En outre, la relation avec le patient n'y est pas mentionnée.

Ce travail de recherche avait pour objectif de trouver comment les médecins habitués à la déprescription géraient ces consultations. Nous cherchions à savoir s'ils avaient des recettes et des stratégies spécifiques pour déprescrire.

A travers cette étude, ils nous ont transmis leur énergie et leur satisfaction à pratiquer la déprescription. Ils ont été sensibilisés au concept de par leur expérience et parfois leur formation. C'est à travers une démarche réflexive qu'ils ont ressenti la nécessité de déprescrire. Ils ont également évoqué l'importance de la relation avec le patient. A travers l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique, ils réussissent à trouver des leviers permettant d'engager le processus. Par ailleurs, ces médecins ont compris l'importance de la continuité des soins. Ces consultations peuvent être plus longues que les autres mais c'est surtout le suivi du patient dans la durée qui permet une prise en charge de qualité. Leur vigilance constante de la balance bénéfice-risque permet d'appuyer leur déprescription. Ils peuvent ainsi proposer des alternatives plus sûres, provoquant moins d'effets indésirables pour le patient.

D'autre part, le guide de déprescription issu de la réflexion des médecins déprescripteurs pourrait vraiment aider les autres généralistes, jeunes internes comme médecins plus aguerris. Il a été réalisé sous la forme d'une fiche synthétique, à la manière d'un « pense-bête » à laisser sur son bureau. La validation de ce guide pourrait être mise en œuvre lors d'une prochaine étude. Nous pourrions par exemple évaluer l'impact de cette fiche à la suite de formations dédiées.

Pour conclure, la satisfaction des médecins déprescripteurs à exercer leur métier est inspirante. C'est en montrant aux autres praticiens leur épanouissement personnel et professionnel que nous pouvons inverser la tendance. Chaque médecin pourrait devenir déprescripteur.

Bibliographie

1. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de, l'Assurance Maladie. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale [Internet]. 2005. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
2. Consommation : répartition et financement [Internet]. [cité 22 sept 2019]. Disponible sur:
<https://www.leem.org/consommation-repartition-et-financement>
3. Grévy A. Décès imputables aux médicaments: analyse rétrospective au CHU de Grenoble-Alpes en 2014 [Mémoire de DES]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
4. Médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens topiques pour les douleurs musculo-squelettiques chroniques chez l'adulte [Internet]. [cité 22 sept 2019]. Disponible sur:
[/fr/CD007400/medicaments-anti-inflammatoires-non-steroidiens-topiques-pour-les-douleurs-musculo-squelettiques](https://www.ameli.fr/CD007400/medicaments-anti-inflammatoires-non-steroidiens-topiques-pour-les-douleurs-musculo-squelettiques)
5. Han BH, Sutin D, Williamson JD, Davis BR, Piller LB, Pervin H, et al. Effect of Statin Treatment vs Usual Care on Primary Cardiovascular Prevention Among Older Adults: The ALLHAT-LLT Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 juill 2017;177(7):955-65.
6. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire". *Presse Médicale.* 1 mai 2004;33(9, Part 1):583-5.
7. LIR. Consommation de médicaments: la fin de l'exception française. Communiqué de presse. juill 2012;
8. Saint-Jean O, Lenain E, Huon J-F, Sabatier B. La consommation médicamenteuse des sujets âgés en France en 2011. *Congrès de la société française de gériatrie;* 2013.
9. WHO. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe, Japan: Centre for Health Development; 2004.
10. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr* [Internet]. 10 oct 2017 [cité 21 juill 2019];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/>
11. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Cumming RG, Handelsman DJ, et al. High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. *Clin Pharmacol Ther.* mars 2012;91(3):521-8.
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/les-chiffres-cles>

13. Vionnet–Fuasset J. Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en médecine générale. *Doc Rech En Médecine Générale*. mars 2005;(60).
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. 1036^e éd. oct 2017;
15. Hanslik T, Flahault A. La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé. *Rev Médecine Interne*. 1 mars 2016;37(3):201-5.
16. Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ*. 4 mars 2015;350:h869.
17. Afipa. 17^{ème} baromètre Afipa 2018 des produits du selfcare- synthèse des résultats. 2019.
18. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. juill 2014;36.
19. Fréquence de prise de médicaments France 2018 [Internet]. Statista. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/512683/frequence-consommation-medicaments-france/>
20. Queneau. Effets indésirables médicamenteux observés dans des Services d'Accueil et d'Urgences français (Etude prospective de l'APNET et propositions pour des mesures préventives) | Une institution dans son temps [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2003 [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/effets-indesirables-medicamenteux-observees-dans-des-services-daccueil-et-durgences-francais-etude-prospective-de-lapnet-et-propositions-pour-des-mesures-preventives/>
21. Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-Duc A, Bannwarth B, Bouget J. Accidents médicamenteux: À propos d'une étude prospective de l'Apnet réalisée dans sept services d'accueil et d'urgences français. Propositions pour des mesures préventives. *Ann Pharm Fr*. mars 2005;63(2):131-42.
22. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 15 avr 1998;279(15):1200-5.
23. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc WashingtonDC* 1996. avr 2001;41(2):192-9.
24. Trinh-Duc A, Doucet J, Bannwarth B, Trombert-Pavot B, Carpentier F, Bouget J, et al. Admissions des sujets âgés aux Services d'Accueil des Urgences pour effets indésirables médicamenteux. *Therapies*. 1 sept 2007;62(5):437-41.
25. HAS. PMSA - Programmes complets [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets
26. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. nov 2015;63(11):2227-46.

27. Laroche M, Charmes J. Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française. :11.
28. Samsa GP, Hanlon JT, Schmader KE, Weinberger M, Clipp EC, Uttech KM, et al. A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol.* août 1994;47(8):891-6.
29. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 déc 2015;15(90):323-36.
30. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire: Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée? 2014 sept. (Points clés et solutions).
31. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* nov 2011;59(11):2017-28.
32. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* déc 2015;80(6):1254-68.
33. Mouret J. Prescrire et déprescrire les somnifères. *Cahiers médicaux.* n°30. 1982;
34. Queneau P. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Les stratégies médicales chez les sujets âgés. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2007 [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/371409/>
35. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *J Pharm Pract Res.* déc 2003;33(4):323-8.
36. Tanguy-Gouraud A. La déprescription chez le sujet âgé à propos des prescriptions de l'entrée jusqu'à la sortie d'un service de médecine polyvalente gériatrique [Internet]. 2008 [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=013610da-4ba2-48ab-b4bb-678d7cb88da8>
37. Breton JL, Mousques J, Hebbrecht G, Pouvourville G de. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale, Polychrome study: an expert assessment method to optimize polypharmacy regimens in general practice. *Prat Organ Soins.* 2009;40(3):167-75.
38. Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2011.
39. Gadat E. Déprescription : ALTI, un essai réussi en Haute-Loire. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2012 [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/465738/>

40. Sivarasalingam. Déprescription des médicaments à balance bénéfiques-risques défavorables dans un cabinet de médecine générale à Gennevilliers [Internet]. 2015 [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications/publications.dmg.php?phase=affichage_documents&numero_publication=1151
41. Nguyen L. La déprescription médicamenteuse. Analyse de la mise en place et du fonctionnement d'un réseau ville-hôpital d'aide à la déprescription : réseau R.A.D.I.O. [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2075/>
42. Crest MG. La déprescription: les patients sont-ils prêts? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. 2012;147.
43. Chauvin D. La déprescription en médecine générale: qu'en pensent les patients ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
44. Guillemaud C. Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2010.
45. Morel C. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes. :102.
46. Leca F. La déprescription: perceptions, mise en pratique et perspectives des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
47. Poutot E. La déprescription: quelle réalité en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
48. Parney A. La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration [PhD Thesis]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
49. Boufflet C. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué : Expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie [PhD Thesis]. Université de Picardie Jules Verne; 2016.
50. Lancon A. La déprescription en médecine générale: ses freins et ses déterminants [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
51. Aubin-Auger. Introduction à la recherche en médecine générale. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. 2008 [cité 16 nov 2018]; Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
52. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
53. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2017.
54. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.

55. Mahmoud M. Tutorat au sein du département universitaire de médecine générale de Paris-Descartes, intégration de jeunes tuteurs : étude qualitative sur leur vécu [Thèse d'exercice]. Paris 5 Descartes; 2018.
56. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
57. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
58. CNGE. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2013 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
59. Cabannes A. Guider et évaluer la réflexivité des internes durant leur DES de médecine générale. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. juin 2019;(154):281-4.
60. Statin Choice Decision Aid - Site [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr
61. Calcul de risques cardio-vasculaire [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.cardiorisk.fr/>
62. HeartScore France [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [/fr_FR/access](#)
63. Group GW and TN. The NNT, Explained [Internet]. TheNNT. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.thennt.com/thennt-explained/>
64. Vallot S. La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé ? *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. (149):25-39.
65. Siproudhis J, Chapron A, Allory E, Fiquet L, Dauguet S, Oger E. Consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale : qu'en attendent les patients ? [/data/revues/00405957/v71i6/S004059571631126X/](#) [Internet]. 9 nov 2016 [cité 10 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1093898>
66. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. *Journal Officiel de la République Française*. 2018 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
67. Blesses S. La dé-prescription en médecine générale: ses freins et ses déterminants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2012.
68. Aguilar I, al. The "Top 5" Lists in Primary Care: Meeting the Responsibility of Professionalism. *Arch Intern Med*. 8 août 2011;171(15):1385.
69. Choisir avec soin [Internet]. Choosing Wisely Canada. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <https://choisiravecsoin.org/>

70. Collège des médecins de famille du Canada. Treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet]. Choosing Wisely Canada. 2019 [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <https://choisiravecsoin.org/medecine-familiale/>
71. Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, et al. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med.* 1 déc 2015;175(12):1913-20.
72. Compagnon L, Bail P, Huez J. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;(108):148-55.

Annexes

Annexe 1 - Guide d'entretien initial

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude sur la déprescription des médicaments. Notre entretien durera entre 15 et 30 min, et sera enregistré comme convenu. Les entretiens seront ensuite retranscrits et analysés, avec respect de l'anonymat. Les résultats pourront ensuite vous être envoyés. L'objectif de cette étude est de comprendre et d'analyser les stratégies des médecins pour déprescrire.

1. Comment pourriez-vous définir votre parcours et votre pratique ?

Formation initiale, continue, mode d'exercice

2. Pour vous, qu'est-ce que la déprescription ?

3. Comment en êtes-vous arrivé à déprescrire ?

Votre façon de faire a-t-elle évoluée ?

4. De quelle manière abordez-vous la déprescription avec vos patients ? En pratique, comment faites-vous avec vos patients ? Avez-vous un exemple en particulier ?

Quelles stratégies utilisez-vous ? Quelles sont vos recettes ?

Comment réagissent-ils ? Avez-vous la même attitude avec tous vos patients ? Déprescrivez-vous à des patients en particulier ?

5. Avez-vous des médicaments ou des classes médicamenteuses de prédilection que vous déprescrivez ?

Par exemple, comment faites-vous avec les benzodiazépines ?

6. Pensez-vous qu'il existe des freins à la déprescription ?

De nombreux freins à la déprescription ont été décrits : manque de temps, peur de la réaction des spécialistes prescripteurs, peur de la réaction des patients, peur de déséquilibrer une pathologie... Qu'en pensez-vous ?

7. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 2 - Guide d'entretien final

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude sur la déprescription des médicaments. Notre entretien durera entre 20 et 30min, et sera enregistré comme convenu. Les entretiens seront ensuite retranscrits et analysés, avec respect de l'anonymat. Les résultats pourront ensuite vous être envoyés. L'objectif de cette étude est de comprendre et d'analyser les stratégies des médecins pour déprescrire.

1. Comment pourriez-vous définir votre parcours, votre pratique, vos formations éventuelles ?

Formation initiale, continue, mode d'exercice. Revue Prescrire ?

2. Pour vous, qu'est-ce que la déprescription ?

Comment avez-vous connu ce concept ?

3. Votre démarche de déprescription a-t-elle évolué au cours de votre pratique ?

4. De quelle manière abordez-vous la déprescription avec vos patients ?

Quelle est votre phrase d'accroche ? A quel moment de la consultation abordez-vous le sujet ? Et en sortie d'hospitalisation ? Lors de la 1ere consultation ?

5. Quels sont vos appuis pendant la consultation ?

Avez-vous des supports ? En salle d'attente ?

Avez-vous la même attitude avec tous vos patients ? Adaptez-vous vos techniques aux capacités de compréhension ?

Avez-vous un exemple en particulier ?

6. Comment réagissent vos patients ?

Ont-ils toute la même attitude ?

7. Avez-vous des médicaments ou des classes médicamenteuses de prédilection que vous déprescrivez ?

Par exemple pour les benzodiazépines, comment faites-vous ?

8. Qu'est ce qui pourrait entraver ou contrarier votre déprescription ?

Et les spécialistes ? Et le temps ?

9. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 3 - Formulaire de consentement écrit

ACCORD POUR ENREGISTREMENT AUDIO

Nom de l'étude : Recettes et stratégies des médecins déprescripteurs

Investigateur : Laure de Wailly

Directeurs de thèse : Pr Schwartz et Dr Mahmoud

Je soussigné(e),

Confirme avoir reçu suffisamment d'informations concernant cette étude.

J'autorise l'investigateur de l'étude à enregistrer notre entretien, sous réserve d'une destruction du fichier audio après retranscription et anonymisation des données.

Date :

Signature :

Annexe 4 - Grille d'évaluation COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4

Annexe 5 - Analyse thématique

➤ Définir la déprescription

- Un état d'esprit :
 - Remettre en cause sa pratique (M15), (M14), (M16), (M3).
 - Remise en cause des connaissances (M1), (M14), (M3).
 - Justifier sa prescription et sa déprescription (M6), (M10), (M2), (M8).
- Une pratique valorisante :
 - Idéal de consultation (M16), (M5), (M8), (M14).
 - Médecine indépendante (M8), (M3).
- Un effort intellectuel :
 - Métier complexe (M3), (M5), (M8).
 - Demande de l'énergie (M1), (M8), (M15).
 - Échecs possibles (M2), (M5), (M1), (M14).
- Modifier une ordonnance :
 - Diminution (M10), (M5).
 - Substitution (M4), (M2).
 - Arrêt (M13), (M3).
- Prévention quaternaire : (M1), (M5).
 - Surmédicalisation (M11), (M15).
 - Prescription d'examen complémentaires (M4), (M16), (M11).
- Ne pas prescrire : (M3), (M9), (M2), (M11), (M6), (M14).
- Eviter la iatrogénie : (M5), (M12), (M3).
- Plan de déprescription :
 - Contrat avec le patient (M10).
 - Se fixer des objectifs (M3), (M5), (M8), (M7), (M9).

➤ Le médecin

- Formation :
 - Formation initiale (M7), (M11), (M5), (M7).
 - Formation continue
 - Formateurs (M8), (M4), (M12), (M2).
 - Congrès (M3), (M16).

- Groupes de pairs (M14), (M10).
- Enseignement (M16), (M8), (M11).
- Étudiant en consultation (M9), (M3), (M2), (M8).
- Littérature médicale (M7), (M8), (M10), (M14), (M4), (M6), (M1).
- Formations spécifiques
 - L’entretien motivationnel (M7), (M6).
 - Communication (M3).
 - Formations à la déprescription (M4), (M15).
- Expérience :
 - Intérêt ancien à la déprescription (M13), (M5), (M14), (M3).
 - Développement d’un esprit critique (M8), (M14), (M13).
 - Vécu du danger de l’allopathie (M1), (M14), (M13)
 - Evolution de la pratique (M16), (M5), (M13), (M14).
- Attitude :
 - Se poser la question (M5), (M4), (M10), (M16).
 - Oser aborder le sujet (M4), (M2).
 - Choisir ses mots (M15), (M9), (M11).
 - Être convaincu (M3), (M2).
 - Exprimer son avis (M7), (M4), (M9), (M1).
 - Persévérer (M1), (M3), (M2).
 - S’adapter au patient (M3), (M11), (M14), (M7), (M10), (M3), (M7).
 - Repérer une attitude opposante (M3), (M12).
- Inertie de déprescription : (M1).
 - Dépasser ses représentations, (M11), (M3), (M2).
 - Vaincre ses habitudes (M7), (M14), (M5).
 - Déstabiliser un état stable (M10), (M12), (M6), (M8).
- Outils de communication :
 - Théâtraliser l’examen clinique (M14), (M15).
 - Messages simples (M6), (M10), (M1).
 - Intervention brève (M1), (M6), (M7).
 - Associer l’humour (M9).
 - Information orale répétée (M7), (M12).
 - Rassurer le patient d’un possible retour en arrière (M4), (M12), (M13).

- Appui sur la littérature médicale (M7), (M5), (M4), (M14), (M8).
- S'appuyer sur les effets indésirables (M3), (M6), (M12), (M2).
- Education dès l'induction (M1), (M14), (M16).
- Supports :
 - Aucun support particulier (M11), (M16).
 - Fiches infos-patients (M3), (M14), (M7).
 - L'ordinateur (M3), (M8), (M12).
 - Scores en ligne (M11), (M4), (M5), (M2)
 - Aides en lignes à la décision partagée (M11), (M7).
 - Alertes logiciels (M14).
- Le patient
 - Approbation :
 - Ouverts à la discussion (M16), (M4), (M14).
 - Adhérence au concept de déprescription (M1), (M6), (M10), (M2).
 - Expertise :
 - Changement des mentalités (M10), (M14), (M15).
 - Acteur de son traitement (M5), (M1), (M6), (M9), (M13).
 - Auto-déprescription (M5), (M10).
 - Peurs :
 - Attachement émotionnel fort au traitement (M7), (M12), (M3), (M9), (M15), (M2).
 - Peur de perdre un bénéfice (M4), (M2), (M15).
- La relation médecin-patient
 - Alliance thérapeutique :
 - Apprendre à connaître le patient (M11), (M10), (M16), (M5), (M6).
 - Ne pas déstabiliser le patient (M10), (M14), (M9), (M15), (M5), (M3)
 - Relation de confiance (M3), (M11).
 - Entretien motivationnel : (M1).
 - Faire parler le patient (M7), (M12), (M15), (M10).
 - Trouver des leviers (M7), (M9), (M6).
 - Approche centrée-patient (M9), (M5), (M14).
 - Education thérapeutique :

- Pédagogie (M1), (M7), (M12), (M14), (M3)
- Explications (M14), (M8), (M11), (M8), (M12).
- Informer des risques encourus (M4), (M6), (M1), (M3), (M2).
- Décision médicale partagée : (M1), (M15).
 - Partenariat (M4), (M10), (M16), (M3).
 - Négociation (M4), (M5)
 - Patient reste décideur (M16), (M2), (M4), (M5).

➤ La consultation

- Bonnes conditions : (M3).
 - Etat du patient (M11).
 - Évènements de vie (M4), (M16).
 - Motivation (M10), (M9).
 - Etat du médecin (M11).
 - Fatigue (M14).
 - Retard (M7), (M3).
 - Reporter la déprescription (M3), (M8).
- Durée :
 - Prendre le temps (M14), (M3), (M6), (M12), (M4), (M8), (M15).
 - Vingt minutes : (M9), (M16), (M14), (M1), (M3).
 - Consultations répétées sur la durée (M9), (M15).
 - Surveillance régulière (M1), (M14), (M4).
 - Progressif (M1), (M9), (M10), (M5), (M2).
- Aborder la déprescription :
 - Partir des ressentis du patient (M10), (M14), (M7), (M11).
 - Observance (M7), (M6), (M15), (M6).
 - Effets secondaires (M7), (M6).
 - Raisons de la prise (M9), (M6), (M16).
 - Parler de l'évolution de la science (M11).
- Anticiper la consultation : (M3), (M8), (M7), (M5), (M3).
- Consultations dédiées : (M3), (M5), (M8).

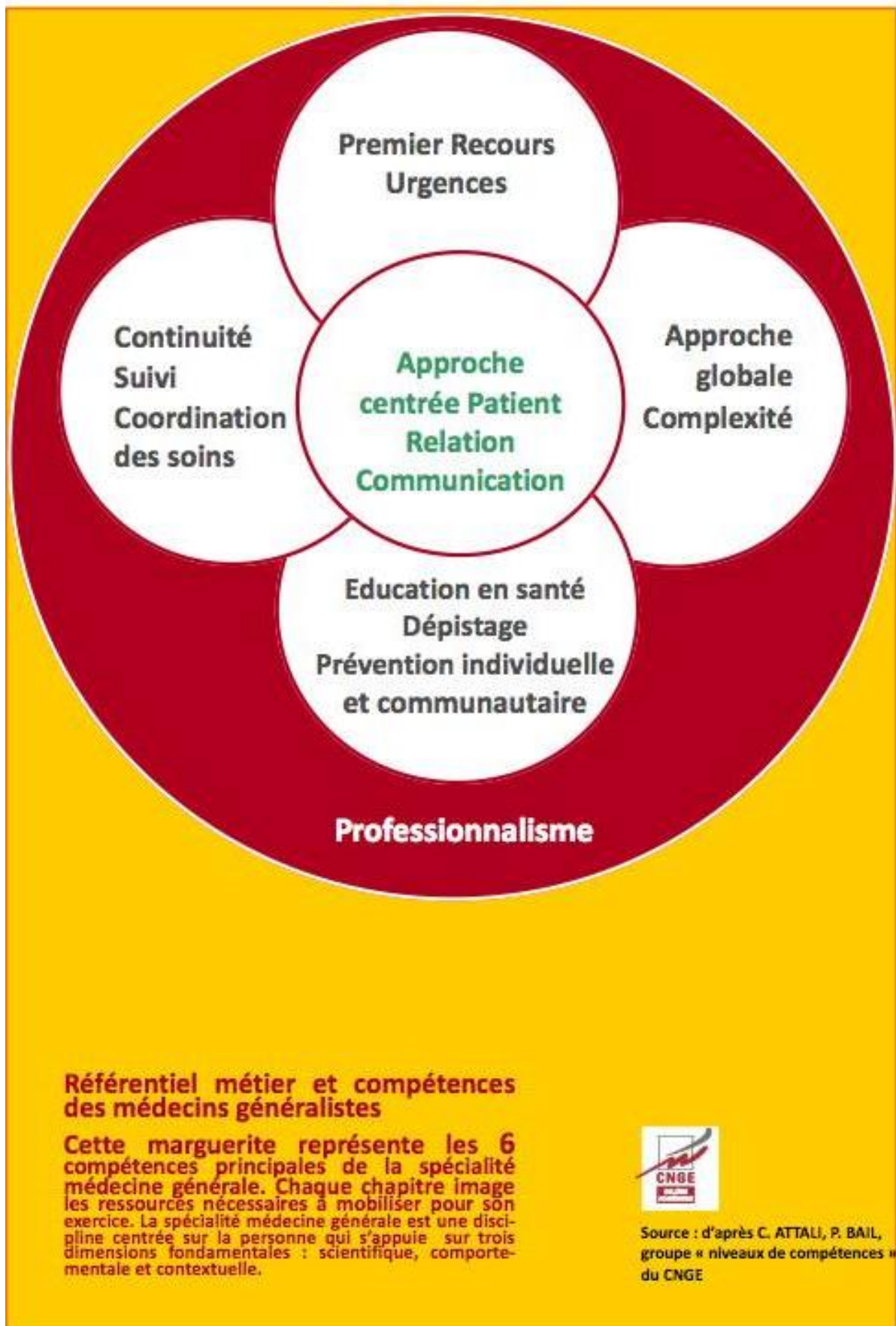
➤ L'ordonnance

- Fardeau thérapeutique : (M7), (M5), (M8).
- Indication :
 - Utilité du traitement (M15), (M14), (M5), (M7), (M16), (M16).
 - Contre-indication formelle (M2), (M8), (M5).
 - Traitements obsolètes (M10), (M2), (M8), (M9).
 - Traitements de confort (M9), (M7), (M14).
- Posologie :
 - Dosage adapté (M15), (M8), (M5).
 - Limitée dans le temps (M10), (M15), (M12), (M3).
 - Traitements symptomatiques non systématiques (M1), (M5).
- Réévaluation :
 - À chaque consultation (M1), (M4), (M16).
 - Réévaluation d'ordonnance (M3), (M10), (M15), (M9).
 - En fonction de l'état de santé (M15), (M8), (M7), (M4), (M1), (M9).
 - Selon la balance bénéfico-risque (M6), (M3), (M12), (M15).
- Trouver une alternative : (M6), (M10).
 - Médicamenteuse (M12), (M6), (M9), (M12), (M13)
 - Mesures non médicamenteuses (M10).
 - Mesures hygiéno-diététiques (M11), (M13), (M12)
 - Hypnose (M6), (M10).
 - Psychothérapie (M16), (M3).
 - Ordonnance comme objet transitionnel (M9), (M16).
- Tout médicament est déprescriptible :
 - Tout traitement inapproprié est déprescriptible (M2), (M5), (M7), (M8), (M9), (M10), (M11), (M12), (M13), (M14), (M15), (M16).
 - Les traitements addictifs notamment les benzodiazépines
 - Difficile à déprescrire (M4), (M11), (M3).
 - Ne pas prescrire ces médicaments (M11), (M2), (M12).
 - Prévenir les patients d'un risque de dépendance (M2), (M1).
 - Évaluer l'addiction (M10), (M16), (M1).
 - Progressivement (M7), (M1), (M5).

➤ Rapports avec les autres professionnels de santé

- Communication :
 - Communication indispensable (M10), (M15), (M16), (M8), (M6).
 - Communication difficile (M16), (M15), (M5).
 - Recours aux autres spécialistes (M2), (M7), (M6), (M14), (M15)
 - Carnet d'adresses (M2), (M13), (M7).
- Légitimité :
 - Déprescrire les traitements des spécialistes (M8), (M1), (M4), (M12).
 - Reprise de la patientèle (M11), (M2).
 - Illégitimité vis-à-vis du spécialiste (M11), (M14), (M15), (M6).
- Projets communs :
 - Déprescription avec les pharmaciens (M2), (M9).
 - Entre confrères (M14), (M3), (M2).

Annexe 6- Marguerite des compétences



Annexe 7 - Corpus des verbatims

Entretien médecin 1 :

E : Voilà. Euh... bah donc je vous remercie de participer à mon étude sur la déprescription des médicaments. Donc voilà, ça va durer en gros entre 20 et 30minutes...

M1 : Bah je suis pas couché !

E : Selon ce que vous avez à dire sur le sujet. Euh... et bah bien sûr les données seront retranscrites et anonymisées et les résultats pourront vous être envoyés. Donc comme 1^{ère} question j'avais un peu comment vous pourriez définir votre pratique ? Comment est-ce que vous travaillez au quotidien ?

M1 : Bah, je travaille ! (Sourire)

E : Mais encore ?

M1 : Euh... est-ce que tu veux l'historique ou est-ce que tu veux le présent ? Parce que l'historique on est pas couché !

E : Ouais, plutôt le présent, comment est-ce que vous définiriez euh... votre patientèle, votre mode d'exercice, euh...

M1 : Mmh... alors, je suis secteur 1 et j'ai une pratique à mon avis équivalente à un secteur 2. Je prends un patient toutes les 20minutes et je suis tout le temps en retard, et j'ai euh... quatre jours par semaine un interne avec moi, et j'ai un jour tranquille (rires). Et le samedi je travaille pour la fac. Et j'ai une patientèle on va dire mixte avec des euh... des milieux socioculturels variés, plutôt des familles du secteur mais un peu de patients qui travaillent à Ville 1, euh... donc : médecin de famille près de Ville 1.

E : D'accord et au niveau de euh... votre formation médicale continue, comment est-ce que vous la voyez ?

M1 : Euh... ben, euh... je vais pas beaucoup à des formations, parce que j'ai pas beaucoup le temps, mais j'essaie de lire régulièrement... *Prescrire*, *Exercer*, médecin-geek [*Médicalement Geek*] là, voilà... je pique à droite et à gauche, dans des revues intéressantes, les revues *Cochrane* et autres.

E : Ok. Euh... alors, pour vous, comment est-ce que vous vous définiriez dans votre pratique de tous les jours la déprescription ? qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

M1 : Ça signifie pour moi ça évoque comme mots-clés : euh... mmh... les traitements chroniques, ça mmmh... m'évoque comme mot-clés aussi euh... la prévention quaternaire, ça m'évoque euh... la balance bénéfico-risque, ça m'évoque l'observance, ça m'évoque euh... le temps, la durée, ça m'évoque tout ça. Voilà.

E : Et comment euh...

M1 : Ça m'évoque aussi la décision partagée.

E : Et euh... comment vous en êtes venu à ces mots-clés, à cette définition. Est-ce que y'a des gens qui vous ont aidé, ou des euh... des formations personnelles, des expériences personnelles qui vous ont amené à penser ça ?

M1 : D'abord je me suis toujours souvent euh... enfin l'observance thérapeutique : D'abord, les médicaments, initialement, au fur et à mesure de ma pratique et de mon expérience... enfin au départ quand j'étais jeune médecin, j'étais très intéressé par les nouvelles molécules. Et j'ai une patiente qui a eu l'œil crevé pour une hypotension orthostatique lié à un vasodilatateur, une patiente qui est décédée suite à l'induction d'un mmh... inhibiteur calcique... et un accident lié aux anticoagulants. Et puis d'autres effets iatrogènes. Mais avant j'étais très dans l'induction euh... de nouvelles molécules, pour faire des essais machins. Et puis après je me suis rendu compte de l'importance des effets iatrogènes. J'ai euh... lu *Prescrire*, et depuis j'ai extrêmement peur des médicaments. Et donc chaque

fois que je prescris un médicament euh... je réfléchis sur la balance bénéfico-risque tout le temps, tout le temps. Et euh... j'essaie de prescrire le moins de molécules possible.

E : Donc du coup vous diriez que c'est plutôt votre expérience en fait...

M1 : C'est mon vécu de l'allopathie qui m'a fait dire que euh... sur la durée fallait faire gaffe. Et je me suis aperçu que les patients adhéraient à ça.

E : Mmh... donc ça vous a vraiment fait évoluer, enfin euh... votre pratique en tout cas a vraiment évolué au cours du temps ...

M1 : Oui, euh... et puis étant directeur de thèse sur une thèse sur la déprescription et cette thèse étant une thèse qualitative sur le ressenti des patients, ça m'a conforté dans l'idée que le patient était en attente de la déprescription. Donc c'est un peu particulier de mon point de vue.

E : Mmh... mais du coup justement pour parler des patients... Comment est-ce que vous... vous abordez le sujet avec eux ? Est-ce que c'est plutôt eux qui abordent le sujet ou euh... est-ce qu'ils savent que vous êtes un médecin déprescripteur ?

M1 : Alors y'a le quand et le comment. Ta question c'est le comment, moi je dirais plutôt quand. Et euh... en fait quand... bah dès qu'il y a une ordonnance chronique, il y a une réévaluation de l'ordonnance. Et à chaque fois je revois l'ordonnance, je dis « est-ce que c'est légitime ? » Et j'en parle avec le patient. « Est-ce que ce médicament vous l'utilisez, qu'en pensez-vous ? est-ce que c'est utile, est-ce que c'est pas utile ? » Et on prend une décision conjointe ensemble. Il dit « non bah j'ai arrêté... non bah je le prend pas... » Et après comme euh... au niveau médicament et iatrogénie, y'a toujours des trucs qui sortent... et bah par exemple là, pour la vitamine D, y'a eu euh... une étude qui montre que ça sert à rien. Et ben il est possible que je déprescrive la vitamine D.

E : Donc justement quand vous dites quand, c'est euh... par rapport à ...

M1 : C'est au renouvellement !

E : Ouais pendant les renouvellements de traitements... et vous arrivez à le faire à chaque fois ?

M1 : A chaque fois.

E : Et aussi parfois quand vous lisez...

M1 : Alors je suis malhonnête quand je dis à chaque fois... Parce que parfois j'ai pas le temps et donc je vais échapper. On va dire à 70-80% y'a une réévaluation.

E : Ok. Et comment vos patients ils réagissent ?

M1 : Très bien !

E : Ils sont plutôt contents, ils...

M1 : Bah oui parce que c'est l'occasion aussi de les faire monter en expertise. Parce dans ces moments-là, ils disent... ils peuvent poser une question et ils ont l'espace pour poser une question sur l'indication du traitement, sur les raisons pour laquelle je me pose la question... Et dans ces cas-là je les informe. Et par exemple pour les IPP je les déprescriis énormément actuellement, suite à certaines études. Eh bien on discute ensemble : des risques des IPP et comment ça peut être remplacé, on reparle de l'éducation par rapport à un RGO, quels sont les... les... les recommandations d'hygiène de vie par rapport à un RGO, on se recentre là-dessus pour diminuer les... les IPP par exemple.

E : Mais y'en a qui parfois réagissent mal ?

M1 : Ça veut dire quoi réagissent mal ?

E : Bah qui veulent absolument pas... euh... par exemple les benzodiazépines où c'est quelque chose toujours très compliqué...

M1 : Bien sûr, bien sûr : c'est euh... la décision partagée. Mais à partir du moment où on leur rapporte des éléments euh... bibliographiques et ben... y'a un cheminement. Dans ce cas-là c'est l'entretien motivationnel qui va faire qu'il y a un sevrage ! Bah c'est tout ! Donc c'est intervention brève, entretien motivationnel et en voiture Simone !

E : Et vous arrivez parfois à déprescrire à des... par exemples des benzodiazépines à des patients... ça fait 10 ans que vous travaillez dessus... et au bout de 10 ans...

M1 : Bien sûr ! Sur le long terme : parfois ils restent accros à leur demi ou quart de Temesta mais Globalement moi je... j'ai d'ailleurs un SNIR... c'est euh... un indicateur, qui va te montrer qu'au niveau des benzo, je suis pas mal quand même ! [Montre une feuille avec une moyenne de prescription au cabinet bien plus basse que la moyenne départementale et nationale]

E : C'est beau !

M1 : Mmh... ouais, c'est pas mal hein !

E : Ah oui c'est pas mal. C'est chouette !

M1 : Mmh... (Rires)

E : Mais est-ce que justement... par exemple vous parlez des benzodiazépines et notamment des personnes âgées... Est-ce que vous prescrivez à des particuliers... vous déprescrivez à des patients en particulier ? Est-ce que vous avez une classe de patient favorite pour... ou est-ce que même euh... les jeunes, qui sont euh... voilà euh... est-ce que...

M1 : Tu veux que je te dise, quand je prescris je déprescris. C'est-à-dire que si vraiment je suis obligé de prescrire, d'abord je vais prescrire une demi-vie très courte et je prépare la déprescription ! A l'induction ! c'est-à-dire, je vais leur dire : je te donne une saloperie (rires), parce que tac tac tac tac [mime différents niveaux avec sa main]. Voilà les effets indésirables, éducation, voilà les risques, donc pas longtemps et faudra arrêter très vite ! Et ça marche ! Ça marche, ils... ils deviennent pas accro ! On ne dit pas par exemple « une benzodiazépine tu vas la prendre trois fois », on dit « une benzodiazépine, tu la prends que quand tu sens que tu ne peux pas gérer ton anxiété. » Or, je... je vois que y'a beaucoup d'internes qui prescrivent trois fois par jour. Bah non ! C'est si besoin ! C'est du paracétamol de la douleur ! C'est euh... on ne prend pas du paracétamol trois fois par jour, on le prend quand on a mal. Et bah la benzodiazépine on la prend que quand on est anxieux et qu'on arrive pas à le gérer...

E : Donc finalement ce que vous dites c'est que c'est surtout de l'éducation thérapeutique ?

M1 : En amont ! le plus tôt possible !

E : Dès la prescription !

M1 : Dès la prescription !

E : Et avec ça finalement, vous arrivez à vous en sortir plutôt bien sur... avec les déprescriptions ?

M1 : Bah ouais !

E : Est-ce que vous pensez qu'il existe des freins à la déprescription ? Y'a beaucoup de freins qui ont été décrits dans la littérature, est-ce que vous vous avez l'impression vraiment que... que c'est difficile dans votre vie de tous les jours ?

M1 : Bah t'as dû lire la... thèse de Etudiant 1 et tu vois que y'a pas de frein !

E : Au niveau des patients en tout cas...

M1 : Bah non au niveau des patients y'en a pas ! Y'en a simplement chez les classes de sexe féminin, qui sont seules. Et donc si on analyse un peu plus, enfin on a un peu extrapolé dans l'analyse, et on s'est dit que c'étaient des gens qui euh... malheureusement étaient seuls, s'emmerdaient et avaient une identité sociale de malade. Donc si on va déposséder du médicament... Alors elles étaient plus malades. C'est une... enfin on imagine que ça pouvait être ça.

E : Et y'a beaucoup de freins dans les autres thèses que j'ai lu effectivement notamment que le manque de temps, la peur du spécialiste... comme c'est le spécialiste qui prescrit le médicament on a peur de déprescrire... vous ça vous fait pas tellement peur ?

M1 : Non ! (Rires)

E : Non mais c'est tout à votre honneur !

M1 : Non mais après c'est difficile hein... Alors c'est vrai que moi j'ai des... des psychotiques euh... euh... ça doit être euh... mes 1,2% là ou je sais pas quoi [montre son tableau d'indicateur de benzodiazépine]. Ceux-là oui, ça doit être les gens qui sont suivis par des psychiatres. C'est vrai honnêtement que j'interviens pas beaucoup là-dessus, mais j'informe. Mais là c'est des psychoses, on n'est plus du tout dans les névroses.

E : Et euh... sur le suivi, est-ce que vous avez pas peur de déséquilibrer un traitement, ou est-ce que vous avez un suivi particulier pour les patients que vous déprescrivez euh... pour lesquels vous déprescrivez ?

M1 : Bah ça dépend : par exemple si on met un hypotenseur puis on s'aperçoit... parce que je fais que des automesures moi je... je... je fais un suivi euh... en autonomie par le patient, ce qui lui permet de monter en expertise et qui me permet aussi d'avoir une bonne visibilité sur les profils tensiomètres... tensiomètres de mes patients.

E : Vous prenez pas la tension euh... au...

M1 : Très peu, c'est pour le dépistage mais c'est tout ! mais après c'est tout de suite de l'automesure. Là j'ai une patiente à qui j'ai trouvé de la tension euh... plusieurs fois, euh... c'est une patiente un peu âgée, euh... elle a pas internet, je lui ai fait acheter un brassard parce que c'est moins cher qu'à la pharmacie, elle est venue chercher son brassard, elle a fait son automesure et en fait elle a pas d'hypertension. Donc voilà ! Ça lui a coûté trente balles mais au moins elle a pas de médicament ! et euh... donc euh... bah quand y'a une hypotension constatée en automesure, oui on va déprescrire. Voilà c'est sympa ! (Rires) Et on le dit au patient, il est tout content. Pareil pour le diabète, alors parce qu'il faut pas croire, y'a des personnes âgées qui perdent du poids, qui euh... qui en fin de vie ou près de la fin de vie peuvent avoir une un diabète qui descend, parce qu'ils perdent du poids. Faut déprescrire alors faut pas déconner !

E : Et vous surveillez que ça remonte ou pas tellement, ou vous vous dites que de toute façon oui, ça va...

M1 : Oui on surveille tout le temps... bah oui on surveille ! (Rires) Voilà alors après en fonction de la pathologie, en fonction du traitement, il peut y avoir cette inertie de déprescription. C'est très drôle que tu en parles parce que euh... tout à l'heure en débriefing avec mon SASPAS, on a évoqué une déprescription euh... d'hormone thyroïdienne, sur une TSH un petit peu basse, chez une personne âgée. Et je lui ai parlé de mon inertie de déprescription. Et donc il a rigolé, il savait pas que ça existait, je lui ai dit non, moi non plus je savais pas (rires). Et en fait l'inertie de déprescription c'est parce que je sais que c'est pas grave, qu'elle ait euh... ces hormones thyroïdiennes. Elle est bien avec, elle a euh... 75 ans et par contre il me faut une énergie importante pour lui expliquer tout ça, pour... parce que je sais que ça va la perturber, ça va la stresser, alors qu'elle est bien. Et je me demande si je vais vraiment déprescrire chez cette femme, qui est anxieuse etc. Je le sais... Et comme les risques iatrogéniques sont vraiment tellement faibles, je me demande si je vais le faire (rires).

E : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter... sur ce sujet ?

M1 : De la déprescription ?

E : Oui, une situation qui vous a marqué...

M1 : Que j'adore ça ! que j'adore ça parce que ça va dans le sens de la... de la non-prescription aussi. Et que... une grande partie de mes consultations c'est une non-prescription et c'est une éducation. Et que si tous les médecins faisaient ça et avaient autant de plaisir que moi, et ben y'aurait moins de iatrogénie, y'aurait... les patients seraient plus éduqués et euh... ça serait un monde merveilleux et la sécurité sociale ne serait pas en faillite ! (Rires) La majorité des médecins ont peur de déprescrire parce qu'il y a une image de la déprescription qui génère un conflit. Si y'a conflit, ça prend du temps, de l'énergie et ils sont pas armés pour le conflit. Ils ont pas les arguments. Et donc ça les stresse.

E : Ils ont peur que ça prenne trop de temps...

M1 : Trop de temps et le temps c'est de l'argent et en plus, ils risquent d'être mis en difficulté parce qu'ils ont pas forcément aiguisé leur répondant. Or c'est vrai que dans l'éducation, il faut avoir les

arguments que tu aiguisés au fur et à mesure. Et après t'as un protocole, le tien, pour argumenter les benzo. Pour argumenter euh... les antidépresseurs, pour argumenter tatatatata. Et ça c'est très important dans l'éducation. Et c'est pas forcément des données biomédicales précises avec des études machins. Et c'est une vulgarisation, et il faut l'aiguiser. Que ça soit des messages forts, et qui marchent. Qui sont pas forcément la vérité.

E : Je vois très bien...

M1 : Par exemple pour les benzodiazépines... Et bah les benzodiazépines le message que je dis c'est : « bah vous savez que y'a une étude qui tend à prouver (tu fais très vite tend à) que bah ça peut induire un Alzheimer quand même ! » Donc t'appuie sur Alzheimer mais t'as dit « tend à » ou « semble ». Et puis tu dis « bah là est-ce que vous pouvez arrêter ? Ah non... et pourquoi ? Ah j'ai du mal ! Ah vous avez du mal ? » Et là tu fais un entretien motivationnel ! « C'est difficile pour vous de l'arrêtez alors ? Donc vous êtes un peu dépendants ? Ah oui oui, j'ai vraiment du mal machin... ah bah oui hein c'est une drogue (rires) Et vous savez que là vous êtes dépendant mais en plus, vous risquez d'en avoir de plus en plus besoin ? Et peut être qu'un jour ça vous fera tomber... fracture de hanche... »

E : 30 % de décès dans les 6 mois...

M1 : « Vous avez pas des problèmes de mémoire là ? »

E : Ils vont sortir paniqués les pauvres ! (Rires)

M1 : Voilà, tu vois. Tu connais le Veratran [Clotiazépam] ? Demi-vie 4h. C'est une benzo de 4h de demi-vie. Alors faut faire attention, faut pas déprescrire trop rapidement les benzo. Et donc si tu donnes du Veratran alors qu'il est sous Temesta [Lorazépam]... il va dire « ça fait rien, ça va pas, je me sens mal. » Alors progressivement, tu descends tout doux, tout doux.... J'ai une patiente jeune qui était suivie à Ville 2 par un médecin et quand elle est arrivée ici, elle était en escalade thérapeutique de folie. Elle avait le Stilnox [Seroplex], le Temesta, le Lexomil [Bromazépam], c'était dingue. Et donc sensibilisation, alliance thérapeutique... Faut d'abord une alliance thérapeutique, faut pas déprescrire le 1^{er} jour. Et puis après euh... on écoute « qu'est-ce qui se passe, pourquoi vous en prenez... » et là elle est pas en arrêt mais elle a diminué de... on va dire 80%.

E : En fait c'est des consultations régulières tous les trois mois...

M1 : Elle vient régulièrement tous les mois. Faut pas être pressé. Faut accompagner, faut pas faire chier tout le temps. C'est de temps en temps, pop ! Whaaa, c'est super ! Non c'est « vous pouvez être satisfait de ce que vous faites, qu'est-ce que vous en pensez ? » J'ai une patiente qui est venue et qui avait une verrue. Et donc euh... Etudiant 2 [interne SASPAS] lui a prescrit des extraits de teinture mère de je sais plus quoi. C'est des plantes que j'ai trouvées. Qui est très efficace. Donc il a prescrit ça et il dit « mais ça vous embête pas que je vous prescrive ça ? » Et le patient il dit « Non non, M1, il aime pas les médicaments ! »

E : Au bout d'un moment les patients ils savent aussi, ils se modèlent un peu à vous...

M1 : J'ai des patients qui viennent, ils s'assoient, je prends pas la tension, je les examine pas, je prescris pas de médicament... et ils sont contents !

E : Ok bah... merci beaucoup pour votre entretien !

Entretien médecin 2 :

E : Bon bah... du coup déjà, merci d'avoir acceptée de participer à cette étude.

M2 : Mais c'est normal.

E : En gros ça va durer 15-20-30 minutes pas plus. Donc le but c'est d'avoir un peu des idées de euh... vos manières de déprescrire, comment est-ce que euh... vous faites au quotidien, pour essayer de euh... faire quelque chose de plus global, pour comprendre comment font les médecins pour déprescrire... pour aider les autres quoi.

M2 : Ok.

E : Voilà. Donc j'avais d'abord une première question... en gros comment est-ce que vous voyez votre pratique de tous les jours ? comment euh... au niveau de votre formation... de... de... de votre patientèle... de votre pratique quotidienne...

M2 : Euh... moi j'ai pas mal de patients polypathologiques, notamment pas mal de diabétiques, avec des problèmes vasculaires principalement euh... voilà. Donc en matière de prescription et de déprescription c'est euh... pas toujours facile. Euh... parce que y'a des... déjà euh... l'aspect euh... où il faut... y'a tout un tas de bilans qu'ils doivent faire régulièrement et euh... se poser la question de déprescrire, bah ça vient après « est-ce qu'ils ont fait leur doppler des TSA, est-ce qu'ils ont vu le cardiologue, est-ce qu'ils ont fait leur fond d'œil... » euh... tout ça. Première chose. Euh... et après euh... plus que déprescrire le challenge c'est de pas prescrire au début. Je pense c'est plus facile de pas prescrire que de déprescrire. Voilà, euh... j'ai pas grand-chose d'autre à dire sur ma pratique de tous les jours. Ouais je... j'ai beaucoup de... de patients euh... en affection longue durée, avec des maladies chroniques, des choses comme ça. Et chez les jeunes ça pose pas tellement de problème.

E : Et en plus de votre activité au cabinet du coup, vous travaillez à la fac aussi un peu ?

M2 : Ouais, je suis assistante universitaire à la fac. Donc ça consiste principalement à... à donner des cours, et à réfléchir au programme voilà. Qu'est-ce qu'on va faire comme cours l'année d'après, comment organiser des cours, comment former les formateurs, ce genre de choses. Voilà... et après moi je suis assistante donc du coup j'ai une valence sur le territoire... donc essayer d'améliorer la santé du territoire. C'est pour ça que là, on est en maison de santé. Donc la maison de santé c'est euh... un cabinet de médecine générale euh... un cabinet de groupe pluriprofessionnel, donc y'a pas que des médecins généralistes, qui a euh... une visée d'impact sur la santé de son territoire.

E : Et donc du coup, vous avez un peu des réunions, des projets de santé en commun avec le cabinet ?

M2 : Exactement. Exactement. On a un projet de santé commun qui est plus axé prévention dépistage. Mais euh... bah en matière de déprescription, là euh... pour l'année à venir ce qu'on aimerait bien faire c'est que une fois par trimestre... c'est un peu ambitieux mais euh... ce sera la première année l'année prochaine. En tout cas deux fois par an cette année, puisque c'est la première fois... qu'avec le pharmacien on se pose avec les ordonnances euh... de plus de dix médicaments... parce qu'on sait que c'est cinq mais en fait euh...

E : Oui c'est beaucoup plus !

M2 : Voilà, déjà si on fait un premier tri chez ceux qui en ont plus de dix euh... se poser et voir comment on peut améliorer les choses euh... Voilà, ça c'est euh... en liste pour l'année prochaine.

E : Et c'est un projet que vous aviez porté avec les autres médecins du ...

M2 : Alors on en a parlé à notre dernière réunion, euh... voilà !

E : Ça marche. Et y'a un pharmacien qui est euh... inclus à la maison de santé ?

M2 : Il habite au-dessus, enfin il est au-dessus quoi ! Voilà donc on est en train de brainstormer dessus... en gros quand, avec qui... voilà.

E : Ça marche et euh... est-ce que vous faites des euh... des formations, enfin des choses pour euh... un peu actualiser vos connaissances médicales ? Ou en même temps vu que vous êtes chef de clinique...

M2 : Non, non il faut... il faut ! Alors moi je suis abonnée à *Prescrire*. Je peux pas dire que je sois une lectrice émérite, mais je l'ai... je lis les titres. Quand ça m'intéresse, je vais lire un peu plus. Je peux pas dire que je sois assidue... en tout cas je suis abonnée à *Prescrire*. Et après euh... il y a les DPC, les organismes de formation continue. Donc euh... j'utilise tout mon quota tous les ans. C'est euh... quatre journées, quatre jours par an de formation indemnisés. Et après les congrès, les choses comme ça. Et en plus je lis euh... les blogs de euh... d'actualisation ses connaissances. Voilà ! Et puis j'ai un étudiant. Ça c'est très bien pour actualiser ces connaissances parce que euh... il prépare l'ECN, et donc les recos

et tout ça ils sont souvent plus au fait que nous et ça c'est bien. Ça force à se poser des questions et à pas s'endormir sur sa pratique, c'est très important.

E : Ça marche. Euh... au niveau de la déprescription, comment est-ce que vous vous la voyez dans votre pratique de tous les jours ? Est-ce que c'est quelque chose auquel vous pensez quand vous travaillez ou justement comme vous avez des patients déjà très lourd c'est pas évident du tout ?

M2 : C'est pas évident du tout. En fait au tout début moi j'ai repris le cabinet de quelqu'un. Donc au tout début j'étais pas mal dépassée par la lourdeur des patients et euh... bah c'est pas venu tout de suite. Euh... et en fait euh... là je suis un peu plus à l'aise et du coup j'essaie euh... j'essaie de me dire qu'il faut le faire. « Pourquoi il a tel médicament, pourquoi il a des IPP ? » Parce que ceux qui posent problème c'est toujours ça. « D'où sort le Kardégic, pourquoi il a des IPP ? » euh... mmh... ça c'est les deux euh... deux principaux. Y'a vraiment beaucoup de ça. Et après euh... y'a beaucoup de polymédication, des gens qui ont euh... du Paracétamol au long cours on sait pas pourquoi... enfin voilà. Euh... donc euh... travailler sur l'ordonnance ça va pas être systématique mais j'essaie de m'y astreindre. Mais c'est pas facile.

E : Et justement quand vous dites par exemple les IPP et le Kardégic, vous avez des classes un peu euh...

M2 : Bah ça c'est parce qu'on les retrouve vraiment souvent euh... on les retrouve vraiment très souvent. Les IPP, ils en ont vraiment tous... on sait pas d'où ça sort, ils ont pas eu de fibro et ils ont les IPP. Et euh... c'est pas toujours justifié dans le dossier quand on récupère un dossier de patient... que ça fait dix ans qu'il est suivi au cabinet et que euh... c'est marqué nulle part. Bah ça c'est difficile de savoir d'où ça vient. Qui a initié la prescription, pourquoi comment... donc ça c'est compliqué. Quand c'est moi qui l'ai initié, je sais pourquoi je l'ai fait, je sais quelle durée, s'il a vu le gastro ou pas. Donc déjà quand euh... quand le patient est bien connu et... et qu'on sait pourquoi les choses ont été faites c'est plus facile. Mais quand on sait pas euh... bah arrêter du Kardégic quand on sait pas euh... Autant l'IPP quand on arrête, on a une idée. Le Kardégic... l'arrêter comme ça quand ils sont polyvasculaires bah... c'est plus complexe quoi. (Rires)

E : Et vous le faites de temps en temps quand même ? Y'a des moments où vous avez réussi à le faire ?

M2 : Euh... oui, mais pas... pas en une fois. C'est souvent... j'ai dû les adresser chez le cardio, pour essayer de voir si y'avait une indication particulière euh... voilà. Enfin j'ai recours à d'autres spécialistes pour euh... pour argumenter.

E : Pour appuyer le fait qu'en fait... effectivement, y'a pas d'indication ?

M2 : Exactement. Sauf quand ils sont très âgés, qu'il y a un risque de chute, voilà.

E : C'est plus simple !

M2 : C'est ça ! (Rires) Ou que y'a un effet indésirable majeur... hématomes à répétition, hémorragie digestive... Ça... mais sinon non... quand les patients vont bien... Et les statines aussi. Les gens qui sont sous statines seuls, on sait pas d'où ça sort. Ils ont pas des facteurs de risque cardiovasculaires majeurs... On refait le score, dix fois, on se dit « je comprends pas, pourquoi ils ont ça... » Mais ils sont bien sous statine, ils ont peur d'avoir un événement cardiovasculaire. Donc ça se discute quoi...

E : Comment ils réagissent les patients ? Quand vous leur dites par exemple, le Kardégic ou les statines, ça sert à rien on va l'arrêter ?

M2 : Ouais ça... ça dépend. Ya deux profils différents. Y'a des profils qui sont très contents, parce qu'ils veulent pas de médicaments euh... voilà. Et y'en a d'autres bah... ils pensent que ça sert à quelque chose et de toute façon bah... ils ont pas d'effet indésirable majeur et ils veulent les garder. Après j'estime que moi, je suis là pour leur donner l'information et que s'ils veulent le garder bah... ça les regarde. Mais en tout cas, je leur dis que ça sert à rien, qu'ils peuvent l'arrêter, que machin... et que s'ils tombent et s'ils arrivent pas à se relever et qu'ils font la rhabdomyolyse avec les statines bah voilà... Statine... Qu'est-ce qu'il y a d'autres comme médicaments... Après je fais souvent des diminutions. Moi j'ai pas mal de diabétiques... Bah ça c'est des critères un peu biologiques quoi... Quand l'insuffisance rénale se marque euh... on est obligé de changer de médicament ou d'arrêter la Metformine. Ça c'est... ça c'est facile, ça se justifie bien.

E : Quand y'a une justification les patients, ils comprennent mieux ?

M2 : Bah quand y'a quelque chose de solide derrière, alors je sais pas si les patients le comprennent mieux mais en tout cas moi je le vends mieux ! C'est sûr je peux pas dire que je... Moi je sais pas, mais c'est sûr que moi j'en suis convaincue. Alors que la statine où il va bien, machin, il dit « non mais je veux la garder », bon bah...

E : Y'a pas d'effets secondaires...

M2 : Ouais, je vais pas... Je vais pas forcément me battre quoi !

E : Et est-ce que vous avez un exemple de... Par exemple d'un patient qui vous vient en tête ?

M2 : Pour les statines ?

E : Pour ce que vous voulez... un des médicaments que vous avez ...

M2 : Bah euh... si... J'ai une patiente de 60 ans, qui a pas de facteur de risque cardiovasculaire euh... qui est sous statine au long cours pour une euh... dyslipidémie mixte... qui a une activité physique régulière, qui a jamais fumé de sa vie... y'a pas d'antécédent cardiaque dans sa vie, elle va très bien, elle a pas de problème... elle a même pas de tension quoi, elle a rien ! Elle a juste Ezetrol. Donc on en a parlé, on a fait le score ensemble, et euh... elle a arrêté... elle a accepté d'arrêter sans problème.

E : Et c'est au bout de... d'une consultation ou...

M2 : Trois consultations. En fait y'a eu une première consult où elle venait pour son renouvellement et je lui ai dit "c'est bizarre ce renouvellement, ça a pas de sens". Et elle m'a dit que euh... elle était pas particulièrement chaude pour les prendre mais qu'elle voulait faire un bilan lipidique pour voir où elle en était. Et donc elle a fait un bilan lipidique... elle a arrêté. Et on a refait un bilan lipidique six mois après euh... ce qui est d'un intérêt modeste et euh... et ça avait pas tellement changé, voilà. Et puis elle fait du sport et elle mange mieux !

E : Les arguments que vous aviez du coup c'était pas exemple le fait de faire le score devant elle, ça... ça... ça a pu l'aider ?

M2 : Ouais, c'est un score, alors je sais plus lequel c'est mais c'est celui avec des petits smileys et euh... il est très bien. Euh.....

E : Ah non je connais pas...

M2 : Euh... c'est un score ou y'a des... en gros en rouge c'est les smileys des facteurs de risque qui sont non modifiables euh... en orange c'est les smileys qu'on peut modifier, genre le tabac, l'activité physique ce genre de choses... Et euh... et voilà. Et en vert bah quand on clique sur le truc en vert, c'est ce qu'on peut gagner. C'est à dire euh... bah je sais pas, selon l'âge le taux de cholestérol à cet âge-là et euh... et voilà. Et donc ça donne dans les dix ans le nombre de chance sur cent de faire un événement indésirable par smiley. Et donc bah... on voit bah... un régime versus statine... et ça les patients, ils comprennent bien c'est très imagé. Euh... je sais plus comment il s'appelle...

E : Je retrouverais. Si je tape score smiley, je... ça va marcher!

[<http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html>]

M2 : Ouais c'est un américain. Sachant que... en plus bah... les scores ils sont pas évaluées au-dessus de 65 ans donc euh... c'est... voilà. Bon à l'occasion euh... je te l'enverrais par mail.

E : Euh... mmh... au niveau... quand on parlait des différentes classes médicamenteuses, y'en a une où tout le monde dit que c'est hyper-compliqué, c'est les benzodiazépines... Je sais pas comment vous vous situez par rapport à ça... si ça vous est déjà arrivé de réussir à en enlever ?

M2 : Alors moi je les initie pas, c'est la meilleure pratique que j'ai trouvée. Je les commence extrêmement rarement sauf en cas d'épisode dépressif majeur où je mets... du coup ça m'arrive de mettre à la fois la benzo et le... l'antidépresseur et du coup ils ont un mois de benzo et l'antidépresseur. Mais sinon j'en mets pas. Et les autres euh..... donc déjà pour les troubles du sommeil j'en donne pas. Je suis plutôt Atarax [hydroxyzine] et Donormyl [doxylamine]. C'est... enfin bon c'est pas forcément

mieux mais je les prescris plus. Et ensuite j'ai quelques patients chez qui c'est impossible de les enlever et ça c'est la galère quoi... C'est la galère. Bon y'en a une, je pense qu'elle est psychotique donc bon elle va chez le psychiatre... Mais ouais y'en a qui sont impossibles. Stilnox [zolpidem] c'est impossible de l'enlever. Alors que... alors qu'en avril quand même il y a eu une grosse vague de déprescription du Stilnox mais c'était pour le changer pour l'Imovane [zopiclone]... ce qui est pas forcément mieux, même moins bien donc euh... donc ouais, ça c'est la cata. C'est la cata euh... j'ai essayé... j'ai essayé... Le plus dur c'est les patients âgés en fait parce qu'ils ont leur petit comprimé pour dormir alors qu'ils dorment mal... mais ça ils l'entendent pas... Le quart de Lexomil le soir ou Imovane ou truc... Et comme ils ont un fond anxieux, en fait ça les stresse encore plus... et ça c'est un peu... c'est un peu compliqué. C'est... et en général j'arrive pas à les arrêter, je les switche par autre chose.

E : Ouais, ça... ça peut marcher ?

M2 : Ouais, bah en fait le seul truc où ça s'est pas trop mal passé c'est à la place de mettre euh... du Xanax [alprazolam] le soir... C'est une patiente qui a des troubles de vision et en plus euh... une hypotension orthostatique et donc on a arrêté la benzo parce que la nuit elle était quand même à fort risque de chute. Et du coup je l'ai mise à Miansérine 10 et pour l'instant ça se passe bien. Mais j'aurais préféré qu'elle ait rien ! Elle a euh... des signes dépressifs c'est pour ça que j'ai switché pour Miansérine. Mais oui oui le risque... le risque en fait quand on switche c'est qu'ils prennent les deux. Ils disent l'autre ça marchait mieux, mais quand même le nouveau il marche un peu, donc ils vont prendre les deux, et si on fait pas attention on risque de se faire embobiner. C'est ce qui s'est passé avec ma patiente psychotique. Euh... elle prend... J'ai voulu arrêter le Stilnox, changer par Noctamide [lormétazépam] parce qu'elle est quand même assez cognée... et du coup elle prend les deux. Et Stilnox et Noctamide... et en plus 8 Xanax par jour...

E : Et c'est impossible de revenir en ...

M2 : Impossible. Et du coup comme euh... c'était l'escalade thérapeutique et que euh... voilà ça c'est du coup depuis avril... Et donc ça fait dix mois que j'essaie de l'adresser chez un psychiatre et normalement elle va en cure la semaine prochaine !

E : Il reste encore quelques psychiatres dans le coin ?

M2 : Ah non mais elle va être hospitalisée, c'est pas possible sinon ! (Rires) Mais sinon je pense que ça serait pas possible hein... Mais c'est un cas très particulier. Et après euh... non les benzo c'est compliqué. Je crois que la meilleure solution c'est pas les débiter. Et surtout euh... de bien dire que c'est transitoire... c'est pas tout le temps, euh...

E : Et vous arrivez généralement à pas les débiter chez vos nouveaux patients qui viennent euh... parce qu'ils ont des insomnies... ils arrivent pas du tout à dormir... "j'ai besoin de quelque chose..."

M2 : Alors jamais. Ça c'est sûr je commence jamais. C'est hyper rare... Je leur donne un peu de Donormyl, du Magnésium, je les enrobe avec quelque chose quoi. Et surtout je leur vends la benzo en disant que c'est très dangereux. Les patients quand même, ils ont pas envie de prendre des risques. Et en fait il faut... quand ils en ont pas pris... Quand c'est pas leur voisin qui leur a donné en disant que c'était inoffensif. Parce que là après y'a tout un travail d'éducation qui est compliqué. Quand votre mère vous donne un médicament en disant c'est très bon, prend ça et qu'en fait ça se dégrade et c'est la cata. Ou qu'en fait ça se dégrade pas et ça se passe bien et vous vous dites pas "oui j'en prend de manière occasionnelle"... c'est un truc enfin c'est comme une pilule à la menthe quoi... on dit que ça se passe bien. Et il faut les choper avant que... avant que quelqu'un leur donne une mauvaise information ou que... Donc moi quand j'en prescris je dis que c'est dangereux. Que c'est toujours transitoire, qu'il faut pas en prendre tout le temps, que y'a des addictions, qui sont fortes, et qu'ils vont être dépendant de ça. Bah c'est important de... de calmer les ardeurs avec ce genre de médicament. Je... non j'en prescris pas trop. Mais j'en avais pas mal qui en avaient... qui en avaient quoi.

E : Oui effectivement une fois qu'ils sont là... et ça fait 10 ans qu'ils les prennent...

M2 : C'est l'enfer... c'est l'enfer. Et on leur demande « ce médicament, ça fait longtemps que vous l'avez bah... ça serait bien d'arrêter », je sais pas quoi. Bah non... ça marche pas. Bah... voilà. Je ne désespère pas mais faut leur redemander à chaque fois. Mais euh.....

E : Ouais vous continuer à leur demander à chaque fois ?

M2 : Quand j'y pense. Quand je renouvelle l'ordonnance. Alors des fois on est pressé, on les renouvelle tous les mois, machin... on a tendance à cliquer... ça remet tout. Mais euh... quand je renouvelle l'ordonnance, j'essaie de faire attention à ce qu'il y a sur l'ordonnance...

E : Une sorte de petit conseil minimal de benzo...

M2 : Oui j'essaie. Ce serait mentir de dire que je le fais à chaque fois, ça serait pas juste. Mais oui j'essaie un peu.

E : Et euh... est-ce que vous vous pensez qu'il y a des vrais freins à la déprescription ? En fait toutes les thèses qui ont été écrites dessus... c'est surtout des thèses sur les freins... que le fait que les patients ils sont pas d'accord... on a peur des spécialistes, parce que c'est eux qui ont prescrit ça euh... qu'on manque de temps... et à chaque fois y'a écrit que... en gros euh... c'est trop compliqué de le faire, parce que y'a trop de freins. Qu'est-ce que vous... vous en pensez ?

M2 : Moi je pense que le frein principal c'est ce que nous on pense de ce qu'attendent les patients. Ça c'est le frein principal. C'est quand on dit que euh... bah de toute façon il y tient et que voilà et qu'on aborde pas le sujet bah de toute façon c'est cuit ça sera jamais déprescrit. Alors que si on leur dit bah euh... « ce médicament-là... qu'est-ce que c'est que ce médicament ? » Et il dit « bah c'est mon cardiologue qui l'a prescrit, faut absolument pas l'enlever. » Bon bah... on va pas s'amuser à y toucher... Ou on peut écrire un mot au cardiologue en disant « pourquoi ? » Mais si on pose pas la question, bah... le non tu l'as dans la poche quoi... Moi c'est toujours ce que j'ai entendu. Donc pour moi c'est le frein principal. Après il faut du temps. Ça prend du temps mais c'est pas insurmontable, à mon sens. Non parce qu'en plus bah... depuis les spécialistes ils mettent des médicaments mais... Bah c'est pas rare que en fait euh... ils voient une première fois le spécialiste, qui leur prescrit un traitement... ensuite ils sont hospitalisés, le traitement change... ils revoient le spécialiste qui remet le traitement d'avant. Nous on comprend rien « qu'est-ce qui s'est passé, pourquoi ? » On l'appelle « ah bah c'est une erreur, on savait pas qu'il avait été hospitalisé. » Donc euh... bah il faut demander, parce que y'a des trucs bizarres qui arrivent. Il faut être hyper vigilant dès que euh... qu'ils sortent de l'hôpital, qu'ils voient le spécialiste sur les modifs de traitement. Parce que des fois le courrier il arrive après... et puis que y'a pas que nous qui galérons à avoir les comptes-rendus d'hospit et vis-versa. Donc je pense que dire que c'est le spécialiste qui l'a initié et qu'on peut pas le bouger bah... en fait c'est faux. Il faut les appeler et ils savent hein. Ça prend du temps, c'est clair !

E : Ouais du coup finalement c'est juste le temps quoi ?

M2 : C'est le temps et euh... ouais...

E : Et la communication ?

M2 : Le temps, la communication. Et la communication vis-à-vis du patient. Savoir euh... Oser demander quoi. C'est ça le... c'est ça le... les freins principaux. Si on demande pas c'est sûr que euh... ça va pas changer. A mon sens !

E : Ok. Vous avez quelque chose à rajouter euh... ? d'autres idées ?

M2 : Euh... non ! non euh...

E : C'est pas obligatoire hein ! (Rires)

M2 : Non j'ai pas d'idées lumineuses comme ça !

E : Non mais c'était déjà très lumineux, merci ! Non si c'est vrai vous avez déjà dit pleins de choses intéressantes. De ce que j'ai trouvé, c'est trop compliqué, trop difficile. Alors qu'en fait ça marche !

M2 : Alors dire que ça marche euh... voilà... Mais en tout cas il faut demander. Ça m'est déjà arrivé un nombre de fois de voir des médicaments bizarres sur des ordonnances reconduites par des

spécialistes... mais qui en fait sont pas au courant parce qu'ils voient les patients au mieux deux fois par ans. Ils savent pas qu'ils ont été hospitalisés et ils reconduisent des médicaments qui n'ont pas de sens... et quand on les appelle, ils disent... ils sont pas au courant ! J'ai un patient qui a fait un AVC en juillet. Le neuro lui a remis en septembre le traitement d'entrée d'hospitalisation. C'est l'enfer, moi je m'arrache les cheveux, j'ai rien compris ! Et ça c'est un signe d'alerte pour nous... on se dit c'est bizarre et tout ça je pense qu'on le fait tous. Mais c'est vrai qu'appeler le spécialiste pour dire « pourquoi vous avez prescrit ça et c'est quoi la justification de ça ? » et bah... on le fait moins alors que c'est tout aussi dangereux !

E : Mais les spécialistes ils sont dispo entre euh....

M2 : Mais maintenant à Paris quand ils sont à l'hôpital, prénom.nom@aphp.fr c'est hyper facile. Et puis même, avec tous mes patients multi-morbides, j'ai pas envie de mettre des médicaments chelous. Et un suivi nephro, ça coûte rien de l'envoyer... Et se dire... Et en plus les spés, ils sont contents quand on les appelle. C'est comme nous ! Si demain, votre patient il va chez quelqu'un et puis il change le traitement et qu'il vous appelle pas... c'est un peu chiant quoi. On a envie d'être appelé, de savoir ce qui se passe. Et c'est jamais gênant. Quand les urgences appellent pour connaître le traitement du patient... c'est pas gênant, c'est le minimum.

E : Oui on est même plutôt content de savoir que notre patient est aux urgences !

M2 : Exactement ! donc c'est normal quoi !

E : Ouais en fait c'est vraiment un problème de communication ! Mais avec les mails c'est pas mal...

M2 : Les mails, c'est facile... et puis moi j'ai la chance d'être juste à côté d'un hosto. Une fois par an je passe, je montre ma tête aux spécialistes, je récupère les numéros directs. Et après c'est un vrai travail à l'endroit où on est installé de connaître les numéros de téléphone de nos collaborateurs principaux. Après enfin... on peut envoyer un sms « pourquoi il a tel traitement, qu'est-ce que je fais avec ça ? » Pour le coup c'est quelque chose de relativement simple. Mais ça prend du temps. C'est pour ça, je pense que le frein principal c'est demander au patient pourquoi ils ont ça, et à quel point ils y tiennent.

Entretien médecin 3 :

E : Voilà donc en gros ça dure vingt minutes, pas tellement... pas tellement plus, sauf si vous avez plein plein de choses à dire !

M3 : On verra... (Sourire)

E : Donc d'abord c'est... est-ce que vous pourriez me définir votre pratique quotidienne euh... le style de patients que vous avez... comment vous travaillez au cabinet, à la fac euh... quelles sont vos formations éventuelles...

M3 : D'accord. Alors je travaille dans une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire. Donc on a cinq bureaux de médecins, aucun d'entre nous n'est à temps plein. Donc euh... on doit être euh... je sais pas combien on est, une dizaine à peu près d'intervenants, médecins euh... plus remplaçants, collaborateurs. Euh... de ce fait, on a des fichiers partagés et il n'est pas rare que nous voyions les patients des autres. Ça c'est une donnée qui me paraît importante. Mais au fond, on a quand même il me semble du fait de la formation de mes nouveaux collègues, certaines identités euh... par rapport à tout un tas de domaines, diagnostiques, thérapeutiques... ce qui peut avoir une importance par rapport au sujet de la thèse. Euh... je travaille trois jours par semaine à la MSP euh... à peu près de 9h à 19h ces trois jours-là euh... et de temps en temps je fais des astreintes le samedi. Je reçois les patients toutes les 20 minutes euh... je fais quelques visites à domicile euh... alors que pour des patients dépendants. Donc euh... dans principalement deux EHPAD, où j'ai d'un côté 6 patients et de l'autre une dizaine à peu près. Euh... euh... et sinon je suis également une quinzaine de patients que je vois à domicile. Donc par rapport au sujet de l'étude évidemment, c'est ceux-là qui seront privilégiés, avec une particularité aussi je pense pour les EHPAD. Euh... sinon ma formation euh... bah moi j'ai pas

bénéficié vu mon âge du DES de médecine générale. En revanche j'ai eu une grande chance, c'est que j'ai contribué à le mettre en place et que j'enseigne dans ce DES de médecine générale. Ce qui m'a permis de me former en même temps que je forme les autres, comme un certain Médecin 17. Ce qui me permet d'avoir une attention particulière à la balance bénéfice-risque des médicaments, donc ce geste qui se voit pas à la radio mais que je fais en permanence [mime une balance avec ses deux mains] où euh... qui fait que quel que soit le geste qu'on pose et pas seulement en médecine et pas seulement sur les médicaments, on doit se demander si on a plus d'avantages à le faire que d'inconvénients. Euh... voilà, en gros par rapport à la question.

E : Et euh... est-ce que euh... vous faites des formations euh... des... des congrès, des DPC, des choses comme ça ?

M3 : Alors euh... DPC je n'en fais pas pour moi-même euh... peut-être parce que j'ai pas le temps euh... voilà. En revanche, j'en anime ou j'en expertise euh... certains. Beaucoup sur la maîtrise de stage et puis sinon euh... pas mal aussi autour de euh... de l'appareil ostéo-articulaire. Donc euh... le rachis, les membres inférieurs, membres supérieurs, les infiltrations. Euh... sinon ma formation elle est basée comme je le disais tout à l'heure sur la nécessité euh... pédagogique de... de pouvoir critiquer euh... accompagner les internes, les externes dans leur apprentissage... à la fois en situation et euh... à l'université où j'assure un certain nombre de cours d'encadrement. Euh... et également elle s'appuie sur la revue *Prescrire* qui est là sur mon bureau et également sur la revue *Exercer*. Mais plus sur la revue *Prescrire* dans laquelle je trouve des références que je trouve solides. Je m'en sers beaucoup euh... j'essaie d'être critique. Mais j'ai du mal à critiquer la revue *Prescrire*, parce que je trouve quand même que dans l'ensemble euh... même si un des éditoriaux de la revue *Prescrire* disait il y a une dizaine d'années quelque chose dans le genre « c'est difficile de faire son boulot » euh... ça donne des bases. Des bases euh... qui pour certains paraissent intransigeantes. Moi que je trouve être une bonne base de départ pour euh... ensuite voir quel est notre espace de liberté, par rapport au patient qui est en face de nous, pour mettre en œuvre euh... ces recos un peu pures et dures. Comme aussi bien sûr les recos des... de la... l'Agence Nationale euh... de l'agence de la Haute Autorité de la Santé, ou de l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament. Voilà en termes de formation. Euh... des congrès oui euh... le NNGE qui est plus d'ordre... plus pédagogie, sinon le congrès de médecine générale France et puis là plus récemment j'ai fait un congrès sur le raisonnement clinique. Euh... ce qui est raisonnement clinique ça veut pas dire seulement diagnostic clinique, ça veut dire vraiment raisonnement pour prendre en charge euh... le patient globalement. L'étymologie du mot clinique c'est le lit... c'est prendre en charge le... le... enfin au lit du patient quoi, au contact du patient. Donc c'est pas que du diagnostic c'est vraiment l'ensemble et euh... au milieu de tout ça il y a aussi euh... savoir prescrire, savoir déprescrire, la balance bénéfice-risque euh... tout ça.

E : Top, ok. Euh... qu'est-ce... Comment vous avez euh... trouvé ou euh... le terme de déprescription ? Comment... depuis quand est-ce que vous le pratiquez... comment est-ce que vous avez découvert cette pratique euh... médicale ?

M3 : Alors euh... je dirais y'a deux choses différentes. Le mot déprescription, j'en sais rien. Je dirais peut-être une dizaine d'années, mais je me rappelle pas avoir été marqué, choqué, intéressé un jour par un article euh... qui parle de déprescription. Mais comme ça fait longtemps que je m'intéresse au sujet, c'est possible euh... que vu d'ici je m'en souviens pas. J'ai pas de souvenir là. En revanche, le concept, la pratique de déprescription... Alors là pour être honnête, y'a quand même eu en gros deux périodes dans ma vie professionnelle. Une première période ou euh... j'ai débuté mes études comme je l'ai dit tout à l'heure sans avoir eu de formation médicale initiale et où donc le modèle de rôle euh... représenté par mes... les premiers médecins avec qui j'ai travaillé était très important. Et euh... et donc euh... Alors euh... j'ai travaillé pendant un an comme remplaçant euh... de médecin de campagne euh... en Région 1 euh... pfouuu... Là c'était mode d'exercice quasiment vétérinaire quoi, pour prendre un raccourci. (Rires) Après je suis arrivé à Ville 3, j'ai travaillé pendant six ans, je me suis installé dans un premier temps pendant six ans avec deux médecins, qui avaient euh... des pratiques telles qu'on les trouvait à l'époque, extrêmement influencées par les laboratoires pharmaceutiques. Alors euh... le mot déprescription c'était presque un gros mot quoi !

E : Ouais ça existait pas quoi...

M3 : Ouais, on en riait ! Alors encore une fois comme le modèle de rôle était très important, je me suis euh... moulé là-dedans euh... voilà. Et en même temps euh... dès le début je me suis un peu interrogé... j'ai fait ma thèse sur euh... sur la prise en charge globale des patients et j'étais déjà très critique mais j'avais pas assez d'outils, pas assez d'armes. Y'avait pas grand-chose à l'époque écrit là-dessus. C'était vraiment normal de euh... de prescrire beaucoup. Dans les années 80-90 par-là, y'avait eu des recommandations qui ont été proposées par le Ministère de la Santé qui ont mis un peu la puce à l'oreille des médecins généralistes en particulier sur les... les prescriptions d'antibiotiques etc. Et donc c'est plutôt dans la période où euh... je me suis réinstallé en 94... je me suis réinstallé à Ville 4 et là euh... non seulement je... j'avais plus le modèle de rôle mais je me suis retrouvé avec euh... des médecins euh... qui avaient mon âge qui étaient plutôt jeunes et euh... voilà. Et on était déjà un peu plus critique dans le bon sens du terme. Donc on a commencé à réfléchir un peu ensemble. A ce moment-là aussi je me suis engagé à la Société Française de Médecine Générale d'une part et à l'université euh... de manière très euh... enfin, un peu par la bande, en faisant surtout de la maîtrise de stage. Mais comme j'avais déjà quelques... quelques intérêts pour euh... pour l'enseignement je... petit à petit je me suis investi à l'université. Donc je dirais voilà, depuis 94... Donc ça fait une vingtaine d'années où petit à petit entre autres concepts, celui de déprescription s'est... s'est imposé sans que je puisse dire voilà, un article princeps où je me dis [claque ses mains] à partir de maintenant je... je déprescrie quoi. Ça s'est imposé petit à petit.

E : Et euh... c'est quoi pour vous la déprescription ? Qu'est-ce que ça signifie dans votre pratique de tous les jours ?

M3 : Ouais... Alors la déprescription. Euh... je dirais que dans un premier temps, si on prend le mot tel que... tel qu'il se présente c'est dé-prescrire donc ça veut dire euh... euh... supprimer une prescription, enlever une prescription, au minimum la modifier. Donc là-dessus on... on va y revenir sûrement, sur la stratégie, mais comme beaucoup de choses, je pense que le mot... le corollaire pour euh... déprescrire si j'ose dire efficacement, c'est de ne pas prescrire. Donc euh... ma principale stratégie euh... c'est de ne pas prescrire. Donc ça je crois que ça vient dans un deuxième temps. C'est-à-dire que dans un premier temps on dit « faut que je déprescrive », ça présente un certain nombre de difficultés, c'est l'objet de ta thèse d'ailleurs et finalement vraiment la meilleure façon c'est de ne pas prescrire. Ou euh... de... ou de prescrire vraiment pour des courtes durées, en justifiant, euh... en utilisant plutôt les dénominations communes internationales, pour éviter euh... les obstacles justement de la... de la dénomination fantaisiste choisie par les laboratoires souvent pour plaire au patient, plaire aux médecins etc. Euh... prescrire d'emblée en... en DCI par exemple. Donc anticiper ça veut dire ne pas prescrire et déprescrire. Alors c'est un peu les mêmes outils après. En tout cas ça se base sur la pédagogie. Donc ça veut dire sur du temps passé, sur euh... euh... fourbir ses armes donc euh... euh... et là le fait d'être enseignant évidemment c'est très utile parce que depuis 10 ans que je suis enseignant euh... bah voilà j'ai appris plein de choses en même temps que vous et que toutes les générations d'étudiants que j'ai accompagnées sur euh... sur la communication euh... l'entretien motivationnel. Voilà ce que tu m'as montré tout à l'heure sur cette façon de mener les entretiens [cercle d'empathie présenté par une interne au dernier cours] euh... donc des outils euh... j'en ai cité quelques-uns. Le temps ça c'est vraiment un gros obstacle, parce que c'est si on veut bien faire les choses, si on veut pas être brutal justement, si on veut être rigoureux comme *Prescrire* pour reprendre mon expression tout à l'heure, mais de manière à ce que ce soit acceptable pour le patient, ça se fait pas comme ça. Donc euh... euh... donc ça prend du temps. Euh... parfois aussi ça... ça peut être vécu comme un certain risque pour le médecin, qui se dit qu'il va heurter son patient, qu'il va perdre son patient, etc. Pour moi tout ça c'est des... c'est des combats d'arrière-garde. D'abord parce qu'on a tellement de patients qu'on peut se permettre d'en perdre, ça... ça change rien. Ça c'est une boutade. Mais surtout parce que finalement si on doit perdre le patient, on l'aurait perdu à un moment ou un autre et... et il faut quand même faire tous les efforts. Ça reste euh... c'est accessoire pour le médecin. En revanche perdre un patient c'est un peu une parenthèse que je fais là, je trouve que quand... quand ça nous arrive... moi je suis plutôt triste pour le patient que pour moi. Parce que moi je m'en fiche un peu mais je me dis... je me dis bah c'est dommage, j'ai pas été euh... j'ai pas été bon... pourtant je pense que c'est... c'est un peu dans son intérêt. Du coup j'ai oublié euh... le cadre de la question c'était ? Comment je ?

E : Euh... qu'est-ce que c'est pour euh... Comment c'est dans votre... Comment vous le faites dans votre pratique de tous les jours ? Euh... comment vous l'illustrez dans votre pratique de tous les jours ?

M3 : D'accord. Donc on a parlé de d'anticiper en prescrivant pas. Après déprescrire euh... alors ça... ça renvoie à un truc que j'aime bien dire, depuis pas très longtemps euh... quelques années : de ne pas utiliser le... l'expression de renouvellement d'ordonnance mais de la remplacer par réévaluation d'ordonnance. Euh... mmh... réévaluer et renouveler éventuellement, mais réévaluer euh... voilà pour... surtout avec les logiciels aujourd'hui c'est facile, clac, c'est parti comme ça hein. Donc ça c'est la première chose comme outil, c'est de me dire que je réévalue, je renouvelle pas. Le deuxième, euh... c'est de lutter contre la propension qu'on peut avoir euh... de... de se dire que les choses ne changent pas. On est dans des habitudes, c'est facile, voilà euh... Donc on refait le renouvellement, on parle d'autre chose, bon. Euh... et puis la troisième chose également, ce qui va dans ma pratique c'est euh... les logiciels nous y aident mais presque de manière excessive, c'est de regarder euh... euh... quels sont les risques pour le patient, donc euh... par rapport au terrain et puis les interactions médicamenteuses. Les interactions médicamenteuses ça euh... j'aime bien dire peut-être tu as déjà entendu, dès qu'on met deux... deux médicaments dans une personne on sait plus ce qui se passe, alors trois... quatre... cinq c'est terrible ! Alors ça aussi c'est un effort qu'on doit essayer de faire mais... mais c'est pas facile. D'essayer de gérer les interactions médicamenteuses, d'en prendre conscience, parce que ça... ça nous fout le feu aux fesses aussi pour euh... pour faire quelque chose en disant, c'est pas possible que je continue de faire une ordonnance comme ça avec dix... avec dix médicaments. Euh... euh... j'essaie de profiter de la première consultation aussi. Quand j'hérite d'un patient, qui arrive euh... avec des ordonnances et en présentant ça comme une euh... évidence. Quand tout est nouveau, le patient arrive, je suis nouveau, mon discours est nouveau euh... le bureau est nouveau, ils sont... Ils sont dans une attente... et là j'en profite à ce moment-là et ça donne une sorte de dynamique positive... et j'en profite pour euh... leur... leur donner des euh... des mmh... leur donner ma conviction. Pour euh... comme si c'était une évidence de leur dire « ah bah ça... ce médicament, bah je pense que vous en avez plus besoin », voilà. La première consultation je pense que ça peut être aussi un moyen.

E : Et comment ils réagissent vos patients à vous ? Est-ce qu'ils sont plutôt contents, ou est-ce qu'ils sont plutôt accrochés à leurs médicaments ? Ou est-ce que ça dépend ?

M3 : Ça dépend hein, alors là on peut parler des patients, on peut parler des médicaments. Euh... j'avais fait y'a quelques années une thèse sur la rémunération sur objectif de santé publique, où il y avait, il y a plus, une euh... recommandation sur les benzodiazépines qu'on doit pas prescrire, euh... au-delà de 75 ans et les benzodiazépines de durée de demi-vie longue encore euh... de la même manière. Euh... donc là c'est... c'est particulièrement ardu d'enlever les... Y'a certains médicaments... parce que pour certains patients c'est même pas leur traitement. Ils vont te demander de réévaluer, de renouveler leur ordonnance et puis le patient que je connais pas, il va dire « ah bah vous oublierez pas mon Temesta ! » Donc pour lui c'est pas un médicament, ça fait partie de lui pratiquement. Donc là effectivement c'est sûrement plus difficile. Euh... mais euh... sinon euh... comme je l'ai dit tout à l'heure c'est difficile de bien faire son boulot bah euh... on essaie de le faire quand même. Après ça c'est la théorie. Et puis euh... y'a des patients pour qui euh... je dis « bah on verra la prochaine fois, on verra la prochaine fois, on verra la prochaine fois » et puis je sais que j'y arriverais jamais, que c'est pas si important que ça... Et en même temps on dit ça mais le jour où y'a un pépin, on le regrette bien quoi ! Donc c'est le genre de chose qui euh... qui nous incite à... à être euh... le plus rigoureux possible. Mais euh... voilà. C'est pas si simple.

E : Et vous avez la même attitude selon les patients ? Ou justement vous vous adaptez complètement à certains patients pour lesquels ça va être euh... vous vous acharnez un peu plus ou vous euh... Voilà est-ce que y'a des... vraiment pour chaque patient c'est pas la même chose et vous avez du coup des approches différentes ?

M3 : Ah ouais non non chaque patient est différent mais après y'a quand même des typologies. Y'a des typologies de patients. Y'a euh... y'a celui qui est euh... vraiment entièrement confiant et là on... on peut faire euh... enfin tout ce qu'on veut quoi. Il a... il a complètement confiance. Y'a ceux qui au contraire sont eux, des opposants de principe, euh... nous on sent que d'emblée, ça va me... m'être difficile d'aborder le sujet, voilà. Pour ceux-là, j'essaie plutôt... tout à l'heure je disais dès la première

consultation... non pour ceux-là, je sais qu'il va falloir que je les apprivoise, que je réussisse des choses qui vont leur plaire, pour qu'ensuite euh... ils aient confiance euh... ils aient confiance en moi. Non non j'utilise pas du tout le... la même méthode mais je sais pas si c'est... si c'est possible comme ça dans les quelques minutes qu'on a de... de décrire de manière précise les différentes méthodes. Je pense que c'est... faut vraiment s'adapter et puis euh... peut être que j'ai mon idée sur comment je vais faire au début de la consultation et puis pendant la consultation je vais changer d'avis. Voilà euh... c'est euh... la consultation c'est vivant quoi. Il se passe pleins de choses.

E : Est-ce que vous avez un exemple en particulier d'un patient euh... pour lequel vous avez réussi une déprescription ?

M3 : Oui oui alors euh... il faut... je vais essayer de trouver un exemple euh... mmh.... Alors par exemple y'a les statines...

E : Ouais...

M3 : Euh... les médicaments de la maladie d'Alzheimer aussi euh... là c'est presque plus les familles qu'il faut convaincre que les patients, parce que malheureusement ils ont plus tellement leur libre arbitre. Alors un exemple oui j'en ai, j'en ai pas mal mais pour élargir un peu il m'arrive de me dire que ça va être très difficile et en fait ça s'annonce difficile et... et dès que je commence à aborder le sujet, j'ai un patient qui est euh... extrêmement compliant. Je pense à un exemple tout récent où euh... un patient euh..... j'ai l'habitude de regarder toujours les dossiers des patients avant et puis je vois qu'il y a une statine qui traîne là. Je regarde et je dis « je comprends pas pourquoi il en a » et pourtant, c'est moi euh... ou enfin quelqu'un d'autre qui a prescrit... ça peut très bien être moi hein et simplement voilà euh... sa situation a évolué, ou bien euh... ma façon de voir les choses a évolué et donc je me dis « va falloir que je lui en parle ». Mais je sais qu'on a un gros programme etc. Et... et donc je... je démarre un peu un peu méfiant, un peu armé et dès que je commence à en parler euh... ah le patient me dit « ah mais oui justement docteur » et il sort... il sort un truc qu'il avait trouvé sur les statines. Donc on était complètement sur la même longueur d'onde alors que moi... alors que moi je m'attendais à ce que ça se passe mal. Et donc je veux dire que ...Alors ça c'est peut-être important aussi, il faut se méfier de nos représentations. Euh... y'a des situations qui nous... où on se dit ça va peut-être être difficile et ça l'est pas et le contraire aussi. Donc euh... parfois on... on en parle pas alors qu'en fait, si on l'avait fait, ça se serait très bien passé. Je crois que ça c'est aussi un argument pour essayer... toujours essayer, voilà. Enfin ça c'est théorique. On le fera pas toujours mais se dire à chaque fois qu'il vaut mieux essayer parce que parfois ça sera beaucoup plus facile que... qu'on soupçonnait.

E : Ok. Et euh... justement par exemple sur les statines euh... A ce moment-là, peut-être s'appuyer sur euh... sur euh... bah par exemple les nouvelles recommandations qui sont beaucoup plus euh... beaucoup plus légères ?

M3 : Ah bah oui... tout à fait, voilà par exemple.

E : Qu'est-ce que vous avez comme outils ?

M3 : Oui c'est des scores, des fiches *Prescrire*... parfois, j'ai des petites euh... une petite banque de données euh... que j'appelle ma documentation dans laquelle j'ai des infos que je montre aux patients, simplement tourner l'écran pour leur montrer. L'idée c'est qu'ils se reconnaissent un peu. On va leur montrer sur un tableur euh... des mmh... les... les facteurs de risques et le Score et puis ah... ils vont vraiment se reconnaître. Et donc euh... ça va... ils vont faire le lien entre la théorie, qui est ce sur quoi on s'appuie... qui est l'EBM en soi finalement. Nous on est des scientifiques, en face de nous on a des gens... on communique euh... médecine centrée-patient. Donc c'est compliqué ça cette... Y'a une distorsion entre euh... notre formation, la nécessité d'appliquer une médecine basée sur les preuves et en face de nous un patient qui est un... une personne parmi les autres. Et finalement en plus on n'est même pas sûr que ça va s'appliquer à lui. Parce qu'on est sûr que sur un million de personnes ça va marcher mais lui est-ce qu'il est dans le pourcentage ou pas, j'en sais rien. Euh... mais justement, quand ils se reconnaissent, c'est plus facile. Voilà, même si on est d'accord pour leur dire que c'est que des statistiques. Mais euh... déprescrire, ça me fait penser aussi aux examens complémentaires. Euh... donc la notion de prévention quaternaire, le PSA etc. ça aussi. C'est le même sujet quoi. Quand on s'entraîne à bien communiquer avec les patients, de faire le geste balance bénéfices-risques et que...

qu'on y arrive pour le PSA, pour euh... pour euh... l'antibiothérapie indue, bah ça sera plus facile euh... ensuite pour le faire euh... pour d'autres sujets. L'étude PAAIR aussi que j'aime bien moi faire connaître à mes internes. Qui a été faite justement pour caractériser les stratégies des patients pour avoir une antibiothérapie indue et en face de ça euh... les moyens que les médecins peuvent mettre en œuvre pour s'en sortir et pour éviter de prescrire euh... quand... Ça c'est une étude que je trouve utile. C'est vraiment très intéressant parce que ça s'applique à l'antibiothérapie mais on y apprend des techniques qu'on peut vraiment mettre en œuvre pour euh... différentes choses. On en a parlé déjà des études PAAIR d'ailleurs ?

E : Ouais ouais. Donc là par exemple ce que vous dites c'est que ça peut être rien que la communication vraiment ouverte et éclairée avec le patient ?

M3 : Oui.

E : C'est... c'est en fait un de vos moyens principaux ? Finalement...

M3 : Ah oui.

E : C'est vraiment la discussion euh... leur faire comprendre la balance bénéfices-risques euh... c'est ce que vous utilisez le plus souvent ?

M3 : C'est ça. En y revenant parfois. C'est-à-dire que ça va pas forcément marcher du premier coup euh... On va... on va arrêter la conversation euh... pas dans une impasse mais avec des phrases du genre « bon on en reparlera la prochaine fois » ou le patient va dire « je vais réfléchir » voilà. Et euh... après c'est là... il faut bien que je réfléchisse avant à mon dossier, on essaie d'y revenir. Revenir sur ce qui s'est passé auparavant. Mais bon c'est... c'est pas toujours facile.

E : Est-ce que vous avez des classes médicamenteuses euh... favorites de déprescription ? Est-ce que par exemple y'a un moment où vous vous dites « Ok les 6 prochains mois je fais des statines » ; « tiens là, il faut que je m'occupe du Kardégic » ? ou je sais pas... Est-ce que vous avez des... ou ça vient au gré des consultations ?

M3 : Alors y'a les deux. Euh... puisqu'en fonction de mes lectures euh... de recos de la HAS, ou euh... un article de la revue *Prescrire* ou d'une revue que je lis, ou bien euh... un ARP du jeudi matin, un travail qui est fait par un interne ou ici en consultation, hop ça va... c'est un signal : une modification de comportement nécessaire par rapport à ce que je croyais devoir faire. Donc à partir de ce moment-là, ça ouvre euh... chez moi une vigilance, puis euh... je vais essayer de mettre en œuvre par rapport à un sujet pointu. Bah voilà. Mais euh... mais après c'est aussi un comportement global. Euh... les signaux c'est l'âge bien sûr, parce que là on augmente les risques, la multi-morbidité euh... les ordonnances dès qu'elles sont un peu longues. Euh... voilà. Donc c'est... c'est un peu ça mes... mes signaux. Y'en a peut-être d'autres mais je les vois pas maintenant.

E : Et euh... avec les benzodiazépines ? Euh... c'est une des classes qui est en tout cas principalement euh... enfin la plus difficile à déprescrire en tout cas de ce que les autres disent.

M3 : Ouais ouais.

E : Comment est-ce que vous vous situez par rapport à ça ? Est-ce que vous avez déjà réussi à déprescrire des benzodiazépines ?

M3 : J'ai déjà réussi... J'ai... j'ai déjà aussi échoué.

E : Ouais...

M3 : J'ai déjà aussi échoué, justement c'est le travail qu'on avait fait avec un thésard sur euh... sur la déprescription parce que dans la rémunération sur objectif de santé publique, pour que les médecins aient accès à la rémunération, il fallait qu'ils aient moins de X pourcent de patients... proche de zéro hein, âgés de plus de 75 ans qui aient des benzo euh... à durée de vie longue. Et donc j'avais repris tous les dossiers pour voir les patients qui en avaient. Et euh... j'ai découvert un vrai gisement de qualité, enfin ça devait porter sur huit patients quoi. Mais je me suis rendu compte que j'en avais deux ou trois pour qui j'avais pas fait le boulot. Donc ben... je m'y suis mis et euh... et ça a été très difficile. Mmmh... voilà. Je me rappelle une patiente... j'ai essayé trois fois d'arrêter, y compris en mettant un traitement

équivalent à durée de vie courte pour essayer de... de l'aider à arrêter. Avec euh... une réussite très courte, elle est revenue à son traitement. Une patiente, je me rappelle très bien son nom et cette patiente-là elle est euh... elle est toujours sous sa benzo. Parce qu'après trois tentatives, euh... ça marche pas, bon. On peut dire, la balance bénéfices-risques elle est pas... elle est pas bonne : elle est informée, je suis informé, on a fait ce qu'on a pu quoi, voilà. Euh... sinon après, ce à quoi les patients sont très sensibles, c'est quand on leur parle de troubles de la mémoire et donc euh... du risque euh... Parfois c'est même eux qui en parlent... Enfin c'est souvent nous parce qu'ils sont tellement accros à leurs médicaments qu'ils ont une sorte de scotome par rapport aux effets secondaires. Donc ça... c'est sur ça que je m'appuie, les interactions médicamenteuses éventuellement. Et leur proposer une substitution quand ça me paraît nécessaire. Parce qu'une TCC par exemple, bah c'est pas facile de les proposer aux patients très âgés. Euh... je... je m'en rappelle pas si je l'ai déjà fait, mais c'est assez compliqué... donc je pourrais plus facilement le proposer à un patient plus jeune qui est un euh... accro. Euh... voilà. Mais comme je suis euh... comme je le disais depuis allez dix-quinze ans très attentif à ça, j'en prescris beaucoup moins. Et donc je suis moins embarrassé. Ceux qui en avaient ils sont morts. Donc j'ai réglé le problème pour eux (rires). Euh... on peut couper au montage ? Je plaisante.

E : Et là donc vos dix derniers patients qui avaient des benzodiazépines, y'en a que vous avez réussi à enlever ? A part par exemple celle-là qui en a toujours...

M3 : Alors je disais sur trois, celle-là elle en a toujours. Les autres j'ai réussi à le faire.

E : En les substituant par quelque chose ?

M3 : Ah je m'en rappelle pas. Je m'en souviens plus, mais j'avais réussi à le faire. Par forcément en substituant. Pourquoi ? Parce que peut-être euh... justement je leur en avais pas parlé ? Et quand je leur en ai parlé ils m'ont dit « oui oui vous avez raison » ou bien euh... « oui on m'a dit que c'était pas bon, que ça donnait des troubles de la mémoire » et puis là c'est formidable quoi, c'est une piste verte qu'on descend tranquille quoi !

E : Et en faisant une décroissance progressive ou....

M3 : Oui de préférence, je m'en rappelle pas dans le détail. Mais franchement si je m'en souviens pas, c'est parce que ça se produit plus je crois hein ! Enfin après faudrait regarder mes dossiers, faudrait que je demande à mes internes d'être vigilants là-dessus. Mais je crois que ça se produit plus ou presque plus que j'ai besoin de les arrêter parce que euh... soit comme je le disais on les a arrêtés, soit euh... on arrêtera pas parce que c'est pas possible. Et quand je dis ça, je suis bien conscient de ce que je dis. Euh... voilà, à un moment, les patients euh... sont décédés.

E : Donc là par exemple l'argument pour eux c'était euh... bah notamment les effets secondaires : les troubles de la mémoire, ça... ça peut vraiment les aiguiller à... ?

M3 : Ah oui oui oui !

E : A arrêter quoi ?

M3 : Ouais. Et parfois, ils veulent rien entendre.

E : Mais au moins vous auriez essayé.

M3 : C'est ça, il faut essayer. Voilà. Il faut essayer, je mets un petit mot dans le dossier, euh... parce qu'encore une fois, si j'ai pas essayé je peux pas savoir si j'aurais réussi ! Voilà.

E : Ça marche.

M3 : C'est peut-être un message ça. Encore un autre message.

E : Euh... est-ce que vous... vous pensez qu'il y a des réels freins à la déprescription ? Y'a beaucoup de freins qui ont été décrits euh... notamment les principaux c'est le temps évidemment, la peur des patients... enfin la peur que les patients acceptent pas, ou que les spécialistes n'acceptent pas quand c'est eux qui ont prescrit le médicament...

M3 : Oui c'est vrai que y'a ça aussi...

E : Voilà qu'est-ce que vous en pensez... est-ce que c'est pas insurmontable, finalement est-ce qu'on peut y arriver ?

M3 : Ah non non, je crois que c'est pas insurmontable ! Il faut qu'on soit sûr de soi. C'est comme à la fin d'un examen clinique. Si on est pas sûr du diagnostic, on va pas être à l'aise pour conseiller hein. Donc là... et si on est euh... sûr que... il faut arrêter... si on est sûr que pour des tas de raisons qu'on abordera pas ici euh... le traitement est indu euh... je pense que... je pense qu'il faut essayer de le faire. Donc je dirais que le principal obstacle c'est si le médecin n'est pas sûr de lui. Euh... après faut qu'il ait envie... il faut qu'il ait envie de se remettre en question quand même. Parce que bon, il me semble j'ai pas mal d'exemples... que de ce point de vue y'a un véritable effet de génération. C'est-à-dire que les médecins qui ont moins de quarante ans, qui ont bénéficié d'une formation médicale initiale, qui sont plus dans la formation continue euh... plus armés pour communiquer etc. Euh... ils sont plus à l'aise que ceux qui ont plus de cinquante ans disons, qui travaillent beaucoup, qui font pas de formations, qui... qui prennent... qui n'ont pas assez de temps, parce que leurs consultations ne durent pas assez de temps, parce qu'ils sont un peu désengagés aussi et puis... et puis ça roule tout seul quoi. Donc euh... malgré mon âge, j'ai envie de me situer plutôt dans le 1er camp (rires)... transmettre quelque chose qui ressemble à ça. Je pense que le principal frein, c'est le temps. Et la formation bien sûr. Faut être informé.

E : Et le temps... en vingt minutes, avec des consultations, ça se passe bien ? en tout cas, vous y arrivez ?

M3 : Mmmh... non ! Mais cette consultation-là, elle va durer plus de vingt minutes ! J'espère que celle d'après elle va durer qu'un quart d'heure ! Y'en a quand même des consultations qu'on arrive à gérer en un quart d'heure. Euh... et comme ça, je rattrape le temps. Et puis si je le rattrape pas euh... je prends un peu sur la pause de midi quoi. Mais euh... voilà. Alors oui, ça veut dire quand même que euh... y'a des jours où... où je sais que j'aurais pas le temps et je vais pas tenter quelque chose euh... dans laquelle je vais être en difficulté, parce que j'ai pas les bonnes conditions. Tu vois ce que je veux dire ? C'est pas euh... c'est pas une consultation d'annonce mais c'est pas loin de ça quand même. Les consultations d'annonce c'est quelque chose qui est bien référencé euh... Si je demande à quelqu'un euh... comment... comment on doit faire une consultation d'annonce, il va me le dire, y'a un certain nombre de critères. Mais je suis sûr que la personne à laquelle je vais poser la question, il va penser plutôt à l'annonce d'un cancer... ou d'une séropositivité. Mais annoncer à une personne qu'elle a un diabète, ou qu'elle a une hypertension, qu'on doit la traiter etc., c'est déjà aussi une... une consultation d'annonce. Avec elle on prend peut-être pas les mêmes dispositions et alors à fortiori annoncer à une personne que... elle a pas besoin d'une statine ou autre, bah... c'est aussi quelque chose qui est important, voilà. Une benzodiazépine, n'en parlons pas. Donc c'est... c'est vraiment une annonce quoi pour le patient. Donc euh... peut-être que c'est... je réfléchis en parlant là... il faudrait qu'on réfléchisse bien aux conditions de la... de la déprescription. Qu'il y ait des... des conditions euh... des bonnes conditions alors euh... et en même temps si elles sont pas bonnes il faut pas remettre non plus tout le temps hein. Mais remettre une fois c'est pas non plus trop grave. Il vaut mieux que ça soit fait dans de bonnes conditions plutôt que de louper son coup et que ça soit perdu pour très longtemps.

E : Ouais, c'est plus facile à faire quand vous avez euh... quand vous êtes pas en retard quand c'est le matin, que vous êtes frais euh... que vous avez déjeuné euh...

M3 : Oui, voilà !

E : Que le patient...

M3 : Oui, voilà... ou que même si je suis un peu en retard et qu'après euh... y'a déjà du monde dans la salle d'attente... je me dis c'est le moment. C'est le moment parce qu'on en a déjà parlé la dernière fois, voilà. Mais ça revient à ce que je disais c'est à dire que je euh... je me prépare à ça, hein. C'est euh... l'anticipation. Tout à l'heure on disait que l'anticipation c'est ne pas prescrire pour ne pas avoir à déprescrire, mais c'est aussi à l'occasion d'une consultation d'anticiper euh... ce qu'on va dire. Préparer ce qu'on va dire, voilà. C'est vrai que ça demande un peu de temps. Regarder tous les dossiers avant de prendre les patients, même les dossiers des patients qu'on connaît. On est quand même beaucoup plus à l'aise. Pour tout d'ailleurs, hein pas que pour la déprescription. Donc ça alors là aussi,

depuis tout à l'heure on a avancé quelques outils hein... je pense que celui-là, c'en est un. Regarder même si c'est Madame Michu que vous connaissez par cœur depuis vingt ans et peut-être surtout si c'est elle. Hein, parce que vous êtes tellement dans la routine avec elle.

E : Oui. Regarder le dossier en disant « allez aujourd'hui on essaie de déprescrire la statine ? on tente... »

M3 : Par exemple, voilà. Ou simplement « tiens au fait, pourquoi elle a ça ? » Ça arrive souvent ça ! Alors on peut regarder, il peut y avoir une explication, parfois y'en a pas, enfin essayer de... de... d'instruire la chose euh... avant de la recevoir. Ça va vite hein, c'est euh... il suffit de revoir les choses et même parfois je lis, tiens et euh... le temps que j'aille chercher la patiente, je suis en train de réfléchir dans le couloir et après euh... Alors après, ce qui est intéressant puisqu'on parle des outils, c'est de... d'être dans une attitude dès le début euh... dans une attitude de... adaptée. Tu vois ? C'est à dire que si j'ai décidé que je... j'allais déprescrire tel ou tel médicament, euh... ça va être l'un des objectifs de la consultation. Donc dès... dès l'accueil dans la salle d'attente, je dois avoir une attitude qui va euh... qui va m'aider à ça. Il faut pas que qu'à un moment ou un autre je change euh... voilà. C'est peut-être pas très clair ce que je dis mais si tu lis l'étude PAAIR, tu retrouveras ça dedans. C'est euh... dans l'étude PAAIR c'est pas tout à fait pareil, on doit repérer le plus rapidement possible le patient... tu vois, le patient qui se lève lourdement, qui tousse beaucoup... celui-là je m'en méfie de celui-là. Il risque d'avoir une demande abusive... donc j'aurais pas la même attitude, très positive etc., très construite, pour que finalement je lui coupe l'herbe sous le pied un peu. Et là, toute proportion gardée c'est un peu la même chose. Quand je me suis donné un objectif, y'en aura d'autres qui vont se dégager. Si quand je rentre, je veux déprescrire une statine, la patiente ou le patient s'assoit euh... et puis ben non... est-ce qu'il a fait un infarctus j'en sais rien... enfin non c'est un mauvais exemple. Enfin que s'il a mal au pied, bah... ça sera pas l'objet du jour, c'est pas grave. Mais quand même, moi j'ai envie de dire ça. Puisqu'on est en train de réfléchir aux outils ça peut être un truc à mettre : Anticiper, se préparer, avoir une attitude qui va faciliter le... le dialogue.

E : Oui parce que c'est beaucoup plus facile de regarder le dossier au calme, tranquillement, euh... par rapport à avoir la patiente en face de soi.

M3 : Ah ce qui est terrible, c'est quand on découvre un truc qui va pas dans le dossier, alors qu'on l'a pas vu avant hein. Ah non moi je panique ! Non je mais euh... j'aime pas ça... non mais j'aime pas ça. J'aime bien que les choses se voient. J'aime pas euh... c'est désagréable. Puis le patient, il... il a besoin d'être sécurisé par son médecin.

E : Ça marche. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? des... des idées lumineuses sur le sujet qui vous viendraient à l'esprit ?

M3 : Non non, tu m'en as fait sortir quelques-unes là.

E : Ah oui oui !

M3 : Non c'est intéressant ce genre d'entretien parce que ça nous permet de théoriser un peu. Bon, voilà. Et puis parce que je suis maître de stage euh... et que tu es interne, je pense que c'est aussi l'un des intérêts de la supervision. Euh... je pense que nous maître de stage on pourrait se faire superviser aussi de temps en temps par nos internes. Euh... se faire superviser par nous-même. On parle beaucoup de réflexivité pour nos internes, hein donc... la réflexivité c'est à la fois réfléchir... c'est à la fois réfléchir avec son cerveau et c'est aussi réfléchir en se regardant, c'est le côté réfléchir du miroir. Et ces deux aspects là ils sont euh... aussi euh... très importants euh... dans l'acte médical euh... avec le patient. Donc euh... voilà. La réflexivité c'est finalement se superviser soi-même. Mais ça pourrait être rigolo sur un sujet comme la déprescription, de prendre euh... un après midi et de... de prendre tous les dossiers et de regarder euh... un peu une supervision inversée. Dire euh... tiens, voilà de prendre les traitements hein et de regarder ce qui est... ce qui aurait pu être enlevé. Et ça on peut le faire que quand on a la chance d'avoir quelque chose qui nous y prépare. Parce que sinon le médecin lambda qui dit à 19h30 « bon allez au lieu de rentrer je vais regarder ce que j'ai fait aujourd'hui », y'en a pas beaucoup.

E : Oui et puis il fait savoir se remettre en cause aussi, remettre en cause sa pratique, par rapport à quelqu'un. Ça doit pas être forcément évident de se faire regarder sa pratique.

M3 : Non non non, c'est pas évident. Mais les... c'est d'ailleurs le principal obstacle pour le recrutement des maitres de stage. Ce... ce qu'ils redoutent le plus c'est le regard de l'autre. L'autre étant l'interne. Euh... mais euh... après euh... quand... quand ils prennent leur retraite, ou quand euh... pour un problème de maladie ou de... ils sont obligés d'abandonner les internes... ce qu'ils regrettent le plus c'est le regard de l'autre. Parce que c'est le même regard qui euh... d'obstacle mmh... de critique dans le mauvais sens du terme, devient bienveillant aidant euh... etc. Et euh... je pense que euh... les maitres de stage euh... qui acceptent ce regard à mon avis ça doit les aider aussi pour leur propre euh... réflexivité... sur leur propre regard sur eux-mêmes. Donc c'est un argument pour euh... vendre la maîtrise de stage (rires).

E : Ça marche. Ok, bah merci beaucoup ! C'est euh... c'est hyper intéressant.

Entretien médecin 4 :

E : Alors la première question, déjà merci beaucoup de me recevoir... ça c'est vraiment gentil ! Donc voilà en gros, ça dure trente minutes. Le but c'est de comprendre un peu les médecins qui ont l'habitude de la déprescription. Comment ils font, quels sont leurs petites méthodes, leurs petits moyens pour y arriver. Donc la première question c'était comment est-ce que vous définiriez un petit peu votre vie de tous les jours euh... comment vous jonglez avec votre cabinet, la fac, des formations éventuelles ?

M4 : C'est très compliqué. C'est très compliqué d'avoir trois casquettes en même temps. Donc c'est du non-stop. Ouais. Mais ça va... ça va, j'arrive à trouver mon équilibre, dans les trois... dans les trois pôles d'activités de médecine générale donc ça me convient bien. Mais c'est quand même euh... très très très chargé. Ouais, je suis au cabinet trois jours et demi par semaine, j'ai une collaboratrice libérale donc qui est là les jours où je suis pas là. Et puis bah la fac... j'y suis un jour entier par semaine, mais c'est sans compter euh... tout le temps mis pour la préparation des cours, l'encadrement des thèses euh... toutes... toutes les réunions euh... voilà... le travail... tout le travail pédagogique qui est assez énorme. Et par ailleurs je... je suis responsable euh... d'un groupe de formation médicale continue. Alors, l'antenne locale, c'est moi qui suis la présidente, on se réunit tous les mois. Alors sous forme de groupes d'échanges de pratique mais pas que... aussi on a des soirées thématiques et puis on peut avoir des formations FAF aussi pour les médecins libéraux. Et puis euh... je... par rapport à la structure nationale euh... j'organise et j'écris des séminaires de formation médicale continue pour les médecins généralistes. Donc voilà mon activité.

E : Et vous arrivez à assister un peu à ses formations ?

M4 : Bah le fait de les faire, euh... alors effectivement moi j'en fais pour moi aussi. Puisqu'on a le droit à trois jours par an, ouais... ouais, j'en fais pour moi aussi.

E : Vous arrivez à trouver le temps de les faire ?

M4 : Ouais.

E : Et est-ce que vous êtes abonnée à des revues ? *Prescrire*...

M4 : Alors *Prescrire*, *Exercer*, la *Revue du Prat*. C'est déjà bien. Je les lis complètement en diagonale. En fait ça me sert quand je prépare mes choses. Où là je vais complètement m'imprégner de la revue, aller chercher des docs.

E : Mais sinon c'est impossible de lire tout...

M4 : Bah non sinon c'est de la diagonale. Mais alors si je vois vraiment quelque chose qui m'intéresse euh... voilà, je vais le lire dans le métro quand je vais à la fac. Mais sinon non, j'ai pas... j'ai vraiment pas le temps.

E : Et comment est-ce que vous décrieriez votre patientèle ici ?

M4 : Alors c'est euh... j'ai beaucoup d'immigrés, parce c'est Ville 5, euh... j'ai beaucoup d'Africains, j'ai un peu de Nord-Africains, Magrébins, pas beaucoup de Chinois dans ce coin-là euh... d'Asiatiques oui c'est surtout des Chinois que j'ai. Bon, après j'ai un tout petit peu de Mauriciens, de Sri-Lankais. Mais c'est euh... et sinon c'est une patientèle tout venant, c'est-à-dire j'ai tous les âges. De 0 à plus de 100 ans, c'est très varié euh... j'ai plus de femmes que d'hommes, mais c'est normal parce que je suis une femme et puis les femmes consultent plus, voilà.

E : Ça marche. Euh... et alors pour vous comment est-ce que vous... vous définiriez la déprescription ?

M4 : Alors pour moi la déprescription, c'est se poser la question à chaque fois. Alors c'est pour les pathologies chroniques... c'est se reposer systématiquement la question quand on renouvelle une ordonnance. Est-ce que finalement euh... j'ai besoin de tout enfin... le patient a besoin de tout. Est-ce que c'est... disons c'est se poser la question à chaque fois, déjà. Et euh... bah quand on se pose la question... je dis pas que ça aboutit forcément à une déprescription mais ça amène à se poser la question... ça amène à renégocier avec le patient finalement euh... l'évolution de ses symptômes. Je pense aux IPP par exemple. Et euh... et j'arrive en fait à bien discuter avec les patients, avec toutes les études qui sont sorties sur euh... finalement le danger au long cours des IPP qu'on pensait effectivement... c'était un médicament miracle pour les patients et on pensait que c'était euh... comme d'habitude sans aucun effet secondaire. On est assez naïfs quand même. Alors voilà... ça sort... moi je leur explique, je leur dis « est-ce qu'on peut pas essayer euh... donc euh... peut-être d'en pendre que quand vous avez mal... quand ça va mieux vous arrêtez ». Enfin bon, après ça euh... ça entraîne toujours une négociation avec le patient. C'est pas euh... « je vous arrête ça » et puis c'est terminé. C'est « je propose d'arrêter, comment... où vous en êtes par rapport à ces symptômes et euh... qu'est-ce qu'on fait ? ». C'est toujours dans la négociation.

E : Et euh... là par exemple un des euh... une des techniques de négociations c'est leur montrer les études ?

M4 : Alors par exemple je vous ai cité les IPP parce que je suis beaucoup dans ça en ce moment. Mais euh... parfois j'ai pas d'étude ou euh... j'ai pas... j'ai pas... Bon, si j'ai des études euh... scientifiques ou j'ai lu dans un quotidien sur le net euh... des choses dont on parle, je leur dis « bah vous savez, maintenant, il y a une étude qui vient de sortir euh... ça serait peut-être mieux d'arrêter euh... qu'est-ce que vous en pensez ? »

E : Et ils réagissent comment ?

M4 : Ah bah c'est très variable ! Ça peut être « non, c'est impossible ». Souvent ils disent euh... ils sont plutôt quand on leur présente les choses de cette façon-là, euh... ils sont plutôt à l'écoute, euh... et je dirais que moi j'ai le sentiment qu'ils veulent bien essayer de faire un effort. Et puis parfois y'a plus de pathologie du tout. Quand je dis aux gens « euh... bah vous avez encore besoin de ça... vous avez encore besoin de ça ? ». Ah bah non non finalement. Donc voilà, je pense que c'est aussi réactualiser à chaque fois les pathologies chroniques du patient.

E : Leur reposer la question ?

M4 : Leur reposer la question euh... sur un traitement de constipation par exemple « mais est-ce que vous êtes toujours constipé, est-ce que ça va mieux ? » Et ça permet euh... je veux dire d'ouvrir le débat. D'y penser, c'est... c'est finalement... ça va pas forcément aboutir à la suppression d'un médicament mais ça permet de rouvrir le débat et finalement de refaire le point sur les pathologies.

E : En fait il faut l'avoir toujours en tête pour l'avoir...

M4 : D'ailleurs il y a un colloque organisé par la SFTG la semaine prochaine sur la déprescription. Donc si ça vous intéresse, je crois qu'il reste des places. Alors c'est vendredi prochain, donc dans une semaine. C'est à la FIAC à côté de Sainte-Anne, vous voyez où c'est la FIAC Jean Monnet ? Donc c'est pas très loin de la fac. Et vous pouvez appeler à la SFTG de ma part.

E : Ouais je vais regarder super !

M4 : Oui oui y'a encore des places et donc on va être en vidéo avec les Canadiens... justement alors c'est plus déprescription chez la personne âgée mais c'est vrai que c'est essentiel parce que c'est des gens qui déjà ont des fonctions euh... d'épuration entre guillemets euh... plus limitées, avec souvent une insuffisance rénale liée à l'âge... petite insuffisance hépatique souvent aussi et c'est des gens qui sont euh... polymédiqués... donc comment faire avec eux ? Sans multiplier les interactions médicamenteuses... donc venez, venez !

E : Ah bah oui je vais venir ! Euh... est-ce que votre pratique de déprescription elle a évolué au cours du temps

M4 : Ah bah oui... bah bien sûr ! Ça fait trente-cinq ans que je suis installée euh... je faisais pas du tout ça au début quoi !

E : Comment vous avez découvert ?

M4 : Bah comment j'ai découvert ça... Bah par la formation médicale continue euh... parce qu'effectivement euh... on a commencé à parler des ordonnances des personnes âgées... qu'elles étaient beaucoup plus euh... beaucoup trop chargées... qu'il y avait énormément d'interactions médicamenteuses et c'est peut-être là, la première fois où j'ai entendu parler de déprescription. Après à la fac on avait fait des séances de groupes tutorat sur la déprescription, qui sont plus faites d'ailleurs. C'est dommage ! Oui c'est très dommage parce que... parce que je pense que c'est quelque chose euh... il s'agit pas que de prescrire, mais c'est important de déprescrire et de se poser des questions finalement euh... à chaque fois qu'on prescrit quelque chose. Et c'est... ça amène une réflexion alors sur une ordonnance médicamenteuse de personne âgée encore plus, sur euh... des chroniques systématiquement. Et puis ça amène je trouve finalement... le fait de réfléchir à ce qu'on fait, à aussi euh... penser quand on fait des prescriptions d'examen complémentaires euh... que c'est plus systématique... enfin je parle pour mon expérience, c'est plus systématique et je me dis finalement ça va m'apporter quoi ? Et est-ce que je vais pas en prescrivant des bilans euh... comme ça tous azimuts à tout le monde... parce que bon c'est bien d'avoir un bilan... Est-ce que je vais pas évoluer vers le surdiagnostic... parce que ça, c'est aussi quelque chose qui m'intéresse. J'ai fait une formation sur ça l'année dernière... vous me disiez... oui j'ai fait une formation sur ça, sur le surdiagnostic, qui n'est pas tout à fait la même chose mais c'est quand même assez lié. C'est-à-dire à chaque fois qu'on prescrit, posons-nous les bonnes questions ! Et ça bien sûr que non, quand je me suis installée il y a trente ans, j'y pensais même pas ! Je savais même pas que ça existait. Donc je pense que euh... c'est à nous de euh... de permettre aux internes euh... dans leur formation euh... médicale initiale de prendre conscience de ça. Moi j'en parle beaucoup avec mes internes, euh... je pense que c'est très important parce que c'est... ça leur fait faire un bond en avant euh... de vingt-cinq ans quoi ! Moi j'ai attendu vingt-cinq ans ou euh... ou vingt ans... non vingt-cinq ans quand même pour me dire euh... bah ouais, finalement, c'est peut-être pas si bien que ça ce que je fais. Donc je crois que c'est... c'est bien... c'est important.

E : Ça marche. Est-ce que vous avez euh... un exemple... par exemple de la semaine dernière ou du mois dernier ou... d'une déprescription que vous avez faite ? Un patient en particulier ?

M4 : Euh... alors là vous me prenez de court, euh... Oui alors j'ai fait des déprescriptions euh... de... de laxatifs... j'ai fait des déprescription euh... j'ai fait... alors pas la semaine dernière, mais j'ai fait des déprescriptions d'hypnotiques, ça m'est déjà arrivé. En essayant de négocier, en enlevant l'hypnotique, en prenant une molécule euh... un peu plus soft entre guillemets pour essayer de faire une transition, en expliquant le pourquoi... le comment bien évidemment, euh... oui ça m'est déjà arrivé. Euh... d'enlever du Temesta à des... des mamies ou d'enlever du Zolpidem euh... en disant... bah vous savez euh... « si, y'a quand même une forte dépendance, ça agit sur la mémoire... est-ce que vous seriez prêt ? » Si la réponse est non, bah voilà... mais au moins, on essaie.

E : C'est effectivement... en tout cas sur les benzodiazépines... les hypnotiques... une des classes qui est le plus difficile... tout le monde dit... vraiment c'est impossible....

M4 : Alors c'est pas... c'est pas impossible... c'est jamais impossible... c'est difficile. Parce que les gens sont réellement accros. Après moi je pense qu'il faut discuter avec eux et faut leur proposer euh... un temps intermédiaire de substitution avec des produits euh... équivalents. Mais euh... sans dépendance

enfin... au moins pharmacologique. Après les dépendances psychologiques c'est autre chose... Mais euh... voilà.

E : Et par exemple vous avez fait avec quoi ?

M4 : Eh ben j'avais fait avec de l'Atarax, voilà. Je leur avais proposé... je leur avais dit « si on essaie... si vous êtes d'accord... si ça marche pas, bah... je suis prête à vous prescrire ». Parce que bon, c'est compliqué, surtout quand les personnes sont âgées... elles sont très angoissées... elles dorment pas bien la nuit parce que d'abord elles sont pas fatiguées et puis elles pensent beaucoup... donc c'est quand même une grande souffrance pour elles de pas dormir la nuit. Donc je pense qu'il faut euh... dans notre attitude de prise en charge globale de la personne, tenir compte de tout ça aussi.

E : Et euh... du coup en combien de temps vous aviez réussi à lui enlever son Temesta à cette patiente ?

M4 : Ah ça a peut-être duré trois mois.

E : D'accord... mais en trois mois finalement... avec un petit changement...

M4 : Oui, on a diminué les doses le 1er mois, après on a dit bah... on fait... on alterne un jour sur deux « vous prenez euh... une fois vous prenez le Temesta, une fois rien » et puis petit à petit oui oui ! Bah c'est jamais des choses brutales pour ce genre de produit parce que y'a de l'accoutumance... après y'a des choses...

E : Et vous la revoyez toutes les...

M4 : Tous les mois. Bah je leur dis « si ça va pas on se revoit plus tôt mais sinon on se revoit tous les mois ».

E : Ça marche ok. Et euh... la condition à la base c'était qu'elle était d'accord cette patiente ?

M4 : Oui. Ah bah sinon... si y'a pas d'accord du patient, on peut rien faire. Nous notre... je pense que nous c'est bien d'aborder le sujet, de parler de déprescription en leur disant euh... finalement en reposant les questions... où ils en sont par rapport à leurs symptômes et puis euh... est-ce qu'ils sont prêts à travailler euh... en parallèle ! Moi je leur dis, on avance ensemble sur le... dans la même voie ! « Alors est-ce que vous vous êtes prêts euh... à ce qu'on fasse... à ce qu'on diminue... à ce qu'on supprime ça ou pour le moment, ça va pas ? » Et bah euh... parfois ils disent euh... « ah non... non non non... j'ai trop de soucis, mon fils machin, ma fille machin » on... voilà. Après je pense que c'est vraiment patient-dépendant... C'est... c'est patient-dépendant et c'est euh... le temps-dépendant. C'est-à-dire qu'on peut le proposer à un moment de leur vie qui est compliqué et ça va être... c'est pas possible parce que y'a trop de soucis... y'a des problèmes et puis à un moment où c'est plus calme, bah... peut-être qu'ils vont accepter et c'est peut-être le bon moment. Donc si on repose la question régulièrement à chaque renouvellement d'ordonnance, on va peut-être tomber un jour sur le bon moment et voilà. Tout patient qui va accepter, c'est un patient de gagné ! (Rires)

E : Et euh... votre attitude du coup elle est différente aussi pour chaque patient ?

M4 : Voilà c'est un échange, c'est un partenariat. C'est-à-dire que je suis à l'écoute de ce qu'ils me disent, mais euh... j'ai... j'aime bien quand ils sont à mon écoute aussi. C'est-à-dire qu'euh... je suis contente quand j'ai fait passer le message. Après si c'est pas forcément le bon moment, comme on a dit pour plein de raisons, euh... d'accord. Je suis d'accord, mais euh... c'est bien... enfin j'aime bien quand ils ont entendu ce que j'avais à leur dire, c'est-à-dire voilà... c'est peut-être euh... ça se serait peut-être bien de... j'ai commencé le dialogue sur la déprescription. Je leur ai fait passer le message et euh... l'idée c'est on va en reparler. Si maintenant c'est pas le moment, on en reparlera.

E : Ça marche. Est-ce que vous pensez qu'il existe des vrais freins à la déprescription ?

M4 : Ah bah oui ! Alors plus pour les benzodiazépines, mais pas que... pas que. Les IPP y'a énormément de freins aussi hein ! Parce que euh... les gens... alors on sait maintenant qu'il y a un rebond à l'arrêt brutal des IPP, ça vient de sortir aussi. Euh... mais c'est vrai que quand on arrêtaient brutalement euh... les IPP en disant « bah essayez d'arrêter, voyez ce que... » Les gens euh... avaient en fait des remontées d'acidité très importante et des douleurs. Et le principal frein c'est ça... c'est-à-dire que c'est revenir à l'état antérieur. Donc euh... c'est sûr que s'ils avaient pas de quoi euh... finalement je pense que le

frein à la déprescription c'est ça. C'est-à-dire que le patient qui est soulagé de ses symptômes quels qu'ils soient... c'est-à-dire symptôme euh... trouble du sommeil ou par exemple douleurs épigastriques euh... insupportables euh... reflux... Si on lui arrête et qu'il revient à sa symptomatologie c'est évident qu'il va pas vouloir. Donc il faut essayer de trouver peut-être pour lui des équivalents qui vont lui permettre de ne pas revenir à son état initial. Et dans ce cas-là, on va pouvoir cheminer. Ça je parle quand y'a des... des recrudescences de symptômes. Après euh... pour des déprescriptions euh... bah il y a des gens... par exemple le Tanakan chez les vieux, qui n'est plus remboursé... Alors le fait du... du déremboursement a permis une déprescription massive, mais pas chez tous. Ce qui est assez étonnant quand on parle du prix des médicaments. Et ben chez des papis et mamies qui continuent à vouloir leur Tanakan... parce que la représentation c'est que ça donne euh... de la mémoire, ça préserve la mémoire. Donc ils ont peur de l'arrêter parce qu'ils se disent « bah oui mais si je l'arrête, je vais perdre ma mémoire. » Donc les freins c'est euh... c'est des peurs finalement... c'est des peurs euh... soit de perdre l'avantage qu'on attribue au médicament qui peut... arrêter l'avantage avec une disparition de symptômes désagréables, douloureux etc. Ou ça peut être une perte de bénéfice euh... imaginaire qui est dans leur représentation... puisqu'on sait très bien que le Tanakan euh... n'a pas vraiment montré quelque chose. Mais voilà, ça peut être ça aussi.

E : Et est-ce qu'il y aurait des freins à votre volonté de déprescription ?

M4 : Alors les freins à ma volonté bah oui ça peut-être les statines (rires). C'est un bon exemple. Alors euh... là aussi je me suis calmée avec les statines euh... et bah aussi grâce à la formation puisque... Alors moi j'ai connu l'époque sans statine. Les patients... infarctus du myocarde... ils en faisaient deux, en général on les voyait plus pour le troisième. Donc j'ai quand même connu cette période-là, où les statines en prévention secondaire... et là c'est pas du tout discuté, ont réellement apporté un mieux-être. Je crois que c'est... y'a vraiment pas photo. Après on s'est mis bah... devant ces effets spectaculaires des statines, on s'est mis à beaucoup prescrire une euh... des statines. Sur la prévention primaire aussi. Et là finalement on fait un peu marche arrière, en se disant qu'en prévention primaire, ça n'a pas montré grand-chose euh... et finalement c'est peut-être plus intéressant de regarder l'ensemble des facteurs de risque et là encore d'en... d'en discuter avec le patient. Et là aussi... alors je parle de la prévention primaire, des patients avec une hypercholestérolémie euh... bah je calcule avec eux. On fait le... le Cardiorisk ensemble et euh... je discute et je leur dis « vous en pensez quoi ? » et euh... surtout quand j'ai de la part du patient... donc c'est plutôt une... comment dirais-je... c'est plutôt le patient qui est à l'origine de sa déprescription et qui me dit « ouais ouais mais moi j'ai envie d'arrêter ». Je leur dis « bah écoutez, si on calculait votre risque ensemble et puis on en parle. » Et euh... bah en fonction des risques euh... qui est quand même un outil je dirais euh... pour ouvrir la discussion... moi je leur dis « bah voilà, vos facteurs de risque, l'âge, l'hypertension... Voilà votre risque. Et vous en pensez quoi ? Et qu'est-ce qu'on fait ? » Et ça permet au patient de se remettre au centre euh... de sa maladie et euh... finalement de dire euh... de pas prendre pour argent comptant non plus euh... toutes les euh... toutes les publications sur les statines qu'on publie pour faire de l'argent euh... ou finalement c'était absolument euh... pas raisonné euh... puisque chaque patient est individuel. On peut pas dire non non ou oui non. Donc voilà alors ça c'est peut-être un frein. Ça a été un frein à ma déprescription mais euh... je voilà je me suis formée, ça va mieux. J'arrive à arrêter des statines ! En prévention primaire !

E : Ça marche. Et euh... y'a certaines personnes aussi qui disent euh... par exemple le fait qu'un médicament a été euh... introduit par un spécialiste... du coup le généraliste est très frileux à enlever ce médicament...

M4 : Alors là moi j'ai aucun problème ! J'ai absolument aucun problème avec les spécialistes ! Alors ça dépend quoi effectivement mais euh... alors ça c'est... c'est difficile de généraliser. Bon si c'est le protocole infarctus du myocarde euh... stent... bon bah... ça de toute façon j'interviens pas parce que je pense que là c'est plus de ma compétence. Après sur des problématiques euh... de... ça peut être sur euh... des épilepsies par exemple, des gens qui ont un traitement antiépileptique euh... depuis des années et qu'ont jamais fait de crises, ou qu'on sait que de toute façon, on peut euh... justement arrêter les traitements. Bon les gens là sont très... très frileux, parce qu'ils ont tellement peur, ce que je peux comprendre hein, de refaire une crise d'épilepsie, c'est compliqué. Mais oui oui, mais euh... ou alors un... un traitement prescrit par un spécialiste euh... j'ai pas d'idée comme ça mais qui fonctionne

pas, bah ça... ça me pose aucun problème de l'arrêter. Ça peut être par exemple un traitement pour des douleurs neuropathiques qui fonctionne pas, j'ai aucun problème pour l'arrêter. Ou pour des douleurs... ou pour des troubles fonctionnels intestinaux... enfin tout médicament qui fonctionne pas, même si prescrit par un spécialiste... moi je dis, à part la cardio parce que je trouve que c'est un peu plus compliqué... moi j'ai aucun problème.

E : Et le temps ? Est-ce que c'est un frein ?

M4 : Le... le temps dans la consultation ?

E : Ou le temps en général... beaucoup disent « on a pas le temps... on a pas le temps de déprescrire... »

M4 : Ah non non, moi je prends le temps ! Ah oui, non ! Bah euh... non, je... j'ai arrêté de... de faire des consults comme ça euh... vite vite vite ! Non, donc je suis toujours en retard à mes rendez-vous mais c'est pas grave. Non... non je prends le temps parce que... mais parce que finalement si on va trop vite, on travaille mal quoi. On est pas content de soi ! Hein ?

E : Bah je suis totalement d'accord !

M4 : Après je gagne du temps sur la rhinopharyngite euh... voilà... je me dis, allez hop, on s'attaque pas aux préventions, j'ai trop de retard et vite la rhinopharyngite et ça euh... en moins de dix minutes c'est bouclé donc ça va, je vais récupérer du temps comme ça !

E : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M4 : Non, je trouve ça très intéressant. (Rires)

E : Moi aussi ! Merci beaucoup, euh... de m'avoir accueillie !

M4 : Mais je vous en prie.

Entretien médecin 5 :

E : Donc déjà... merci de participer à mon étude. Donc en gros ouais... ça va durer vingt... vingt-trente minutes max, pas plus. Donc le but c'est d'essayer de trouver un peu les petites stratégies, les recettes, les petits trucs que les médecins ont pour déprescrire, pour essayer de comprendre un peu comment on peut faire et finalement est-ce que c'est... c'est facile... est-ce qu'on peut y arriver. Euh... donc j'avais d'abord une première question sur comment vous définiriez votre pratique ? Comment est-ce que vous jonglez avec votre cabinet la fac ? A quoi ressemblent vos patients ?

M5 : Alors euh... donc je suis à la fac deux jours par semaine, deux jours et demi au cabinet. J'ai une patientèle âgée, multi-morbide, polypathologique euh... je passe mon temps à leur enlever des médicaments... (rires) quand c'est pas moi qui les ai mis ! Euh... voilà après, qu'est-ce qu'il y a d'autre comme patientèle euh... y'a de tout, euh... un peu de pédiatrie mais c'est quand même en... quand même on va dire euh... 70% de plus de soixante ans polypathologiques.

E : Ça marche. Et est-ce que vous avez le temps de vous former, euh... de continuer à faire des formations ? Ou est-ce que la fac est une formation en elle-même ?

M5 : Je m'autoforme sur internet.

E : D'accord ok, ça marche. Euh... pour vous qu'est-ce que c'est la déprescription ?

M5 : La déprescription, alors ! C'est un moyen utile pour permettre euh... déjà de limiter le fardeau des traitements, d'augmenter l'observance du patient... c'est un moyen d'éviter la iatrogénie, dans le cadre de la prévention quaternaire. C'est un moyen de réfléchir et de pouvoir réévaluer chaque traitement pour bien évaluer la balance bénéfique-risque euh... à chaque fois et ça permet donc de ne pas s'ennuyer en consultation, à renouveler aussi des traitements euh... bêtement quoi ! Cette remise en question... se poser la question, même si ça aboutit pas forcément sur une déprescription, mais je pense que voilà la démarche de se poser la question euh... ça permet de garder un intérêt pour la médecine générale euh... aussi.

E : Ça marche. Et euh... comment est-ce que vous avez découvert ce terme de déprescription ? Est-ce que c'est dû à une formation ou est-ce que c'est sur le terrain comme ça ?

M5 : Ça devait être quand j'étais interne euh... ouais niveau 1 euh... on a commencé à parler un peu de déprescription.

E : Et votre pratique a évolué ? Ou c'est toujours euh... vous avez toujours aimé ça et vous vous êtes dit que c'était comme ça qu'il fallait faire de la médecine ?

M5 : Ouais moi je suis assez vite parti sur le principe qu'on mettait trop de médicaments et beaucoup trop de choses, donc euh... pour limiter tout ce que j'ai dit de fardeaux, de complications et s'en tenir à ce qui était utile, euh... c'est comme ça que j'ai assez vite résumé les choses. Après c'est vrai que euh... juste après l'internat et dans les premières installations, on prescrit quand même beaucoup plus aussi pour se rassurer euh... plutôt que pour aider le patient.

E : Et donc finalement ça a diminué ?

M5 : Finalement ça a diminué un petit peu, euh... dans les initiations déjà et puis euh... et... et dans les retraits quand on peut. Après des fois c'est pas toujours justifié qu'il ait un médicament mais on le laisse parce qu'on voit qu'on arrive pas à le déprescrire (rires).

E : Et comment est-ce que vous abordez le sujet avec vos patients ? Euh... comment ils réagissent ?

M5 : Bah ça dépend... ça dépend des patients et des... et des médicaments. Je pense que chaque médicament a... C'est une approche différente à chaque fois. Donc si c'est pour une benzodiazépine qui est prise depuis euh... depuis quinze ans, ça va pas être la statine qu'on va arrêter qui est prise depuis une semaine. On va euh... on va dire euh... on va demander au patient « Ah vous avez des douleurs », bénéfico-risque, prévention primaire « bon ben... ok, on fait sans ! » Ou un IPP où ils sont en général contents d'arrêter de le prendre parce que ça en fait un de moins. Alors que la benzo, celle qu'on voudrait vraiment arrêter, euh... et bah là ça va beaucoup plus être compliqué de leur faire arrêter. Euh... donc l'approche est pas la même alors il faut un peu s'aider euh... s'appuyer sur... sur des spécialistes, qui sont pas toujours très conciliants vis-à-vis de la déprescription... On leur dit voilà... « Est-ce qu'on pourrait arrêter le Kardégic en prévention primaire ? » Une façon de pas le faire tout seul et on a une réponse pas très adaptée de la part du cardiologue qui dit « oh il saigne pas, je pense qu'on peut continuer », mais c'était pas le problème qui était posé ! Ou euh... les psychothérapeutes... mais ils ont du mal... enfin les patients refusent quand même pas mal sur euh... sur la déprescription d'une benzo ou truc comme ça. Euh... de faire une psychothérapie non remboursée, alors qu'ils sont bien avec leur médicament et qu'ils ont pas de risque à en prendre... Donc euh... sinon oui euh... on voit... Mais c'est vrai que je préfère laisser une benzo euh... en choisissant la benzo à un patient qui veut absolument son somnifère que de me battre pour le retirer, sachant que ça va mettre euh... « en danger » entre guillemets la relation etc. etc. Alors qu'effectivement il le prend, il le supporte bien... y'a pas de gros risque immédiat même si on voudrait quand même l'arrêter. Et puis plutôt axer comme ça sur euh... sur d'autres choses... l'arrêt tabac ou permettre euh... d'amener un peu de la négociation quoi.

E : Et du coup ce que vous dites c'est que les spécialistes ça peut aider ? Ou pas ?

M5 : (Rires) Ou pas, mais y'a les deux, ça dépend. Y'a des fois, j'ai euh... j'ai un de mes confrères, il est tout à fait ouvert à ce que je lui propose et euh... j'en ai d'autres beaucoup moins donc euh... ça dépend...

E : Faut choisir ses correspondants...

M5 : Alors ils ont déjà leurs correspondants les patients... Mais oui ça dépend.

E : Est-ce que vous avez un exemple d'une déprescription que vous avez faite ? Qui a marché ou qui n'a pas marché du tout d'ailleurs ! D'un patient euh...

M5 : Ouais, cinquante ! Euh... bah euh... qui a pas marché euh... ouais ! Donc c'est une patiente de 51 ans, en prévention primaire, qui a une statine bah... depuis 10 ans parce que son père a fait un infarctus à 57 ans et euh... elle, son cholestérol est bien etc. Je lui ai retiré, on devait voir à combien était le cholestérol, il était pas trop mal, elle avait un score qui était intermédiaire... ça valait pas le coup de

prendre une statine. On a discuté, elle a dit « bon d'accord ». Et puis en fait une semaine après elle est revenue en disant qu'elle a voulu la reprendre... elle l'a reprise. Elle a fait son accident cardiaque deux semaines après (rires). Faut dire le bénéfice du traitement qu'elle avait eu depuis longtemps ! Non mais dans l'autre sens, y'a des fois où ça marche... où ils sont très contents de l'arrêter. Les IPP où euh... c'est assez facile de... de les passer en si besoin et en fait moi mes patients d'eux-mêmes ils le font. Ils s'auto-déprescrivent euh... « Ah oui... ah celui-là je le prends pas tous les jours ». Alors des fois c'est bien... là très bien la benzo pas tous les jours ou quoi, euh... des fois c'est moins bien !

E : Et euh... avec cette patiente par exemple euh... euh... les techniques que... vous avez essayé de la convaincre ? elle était plus ou moins en accord...

M5 : Euh... pour elle du coup j'avais utilisé euh... le score de la MayoClinic euh... Les idéogrammes etc.

E : Et ça... ça lui parlait...

M5 : Ça lui a parlé un peu, enfin devant moi du coup elle était convaincue mais euh... après voilà y'a l'appréhension, la peur... euh... « c'est vrai que je supportais pas trop mal » voilà... et ça... ça revient voilà !

E : C'est sûr. Euh... est-ce que y'a des classes médicamenteuses favorites pour euh... à déprescrire ? Est-ce que euh...

M5 : Ma liste top ?

E : Non mais ouais euh... je sais pas le top 3 ou le top 5 ! Ceux que vous déprescrivez vraiment tout le temps, ceux que vous aimez pas !

M5 : Y'en a beaucoup ! Y'a pas beaucoup de médicaments en fait qui sont... qui sont justifiés ! Enfin qui sont justifiés... Disons que euh... les IPP, euh... j'essaie de les arrêter le plus possible maintenant euh... les benzos euh... ben j'essaie plus de le faire parce que j'ai déjà essayé et... et en fait mes patients qui restent encore sous benzo c'est les patients où je sais que je ne pourrais pas les arrêter comme ça ! Donc euh... c'est euh... J'avais fait le travail avant, chez des patients qui sont passés euh... de quatre benzos par jour voire une dizaine de molécules... enfin de comprimés à trois. Et à trois, je suis très content qu'ils soient à trois et je me dis que je pourrais pas arrêter les trois voilà ! Donc euh... les benzos, les statines, les antiagrégants... après les antihypertenseurs parce que bon, y'a des patients qui sont sur-traités aussi ! Ils sont à 11 de tension en automesure alors qu'au cabinet ils sont stressés ils sont à 15 et les médecins ont dû rajouter je pense à chaque fois un traitement, pour tenter de baisser cette tension euh... blouse blanche. Les antidiabétiques euh... je pense pas qu'on... En vrai on axe quand même pas mal dans les... dans les recommandations dans les euh... documents d'aide à la déprescription canadien là euh... sur euh... IPP, anti-Alzheimer... Je prescris pas d'anti-Alzheimer, c'est pour ça que je l'ai pas dit ! Euh... les anti-Alzheimer euh... les statines, c'est les principales qu'on voit. Après euh... tout médicament euh... est pris différemment euh... quand on est dans une démarche de déprescription, enfin de... d'optimisation d'ordonnance, de limitation et qu'on essaie d'avoir un meilleur bénéfice pour les patients... Tout médicament... euh... même euh... même euh... le... le laxatif ou macrogol ou quoi au long cours. Ça peut être deux sachets à prendre, ou un, y'a pas trop de risque mais bon. S'il est constipé c'est qu'il y a peut-être quelque chose à faire en parallèle pour comprendre pourquoi !

E : Et euh... ce que vous disiez tout à l'heure c'est surtout euh... par exemple les recommandations qui vous font changer euh... les nouvelles recommandations sur les statines ou sur la... le Kardégic en prévention primaire par exemple... C'est ça qui vous qui modifie un peu votre pratique ?

M5 : Alors les recos elles sont un peu tard mais euh... les articles... c'est tout ce qui est nouveau, ce qui est récent. Après des fois c'est ça va être l'inverse hein ! Y'a un traitement, ouais ça vaut peut-être pas le coup etc. Et puis finalement, on va lui mettre plus facilement aussi parce qu'on avait découvert que y'avait plus de bénéfices, que c'était rassurant euh... ouais...

E : Ça marche. Et euh... sur les benzodiazépines justement... effectivement tout le monde dit que c'est hyper compliqué et que c'est la classe de médicament qu'on arrive pas à enlever. Finalement est-ce que y'en a que vous avez réussi à diminuer ?

M5 : Ouais... ouais on y arrive hein, mais c'est compliqué ! Après les patients sous benzo c'est quand même des... des patients qui sont vus au moins tous les trois mois, quand c'est pas des hypnotiques et dans ce cas-là c'est deux fois par mois. Et puis euh... rien que de passer euh... d'un hypnotique classique à une benzo à demi-vie courte par exemple pour le sommeil déjà on les voit tous les trois mois donc ça espace un peu aussi, ça fait du bien. Euh... et puis ça soulage aussi le patient sur le nombre de consultations inutiles qu'il peut y avoir... « Bonjour c'est pour ma benzo, c'est pour mon hypnotique » voilà ! Euh... mais ils arrivent à comprendre quand même que pfff... faut diminuer, ils essaient... Alors souvent, ils ont des stratégies d'essai euh... y'en a je leur ai proposé de pas regarder ce qu'ils prenaient et de demander à leur femme de leur donner et euh... qu'une fois dans la semaine leur femme leur donne euh... un placebo. Voilà.

E : Pour voir...

M5 : Pour voir ! Et qu'ils sachent pas quel jour c'est et puis euh... s'ils arrivent pas à déterminer dans la semaine sur deux semaines quel jour euh... est-ce qu'il y a eu placebo ou est-ce que finalement, ça allait euh... pour ensuite baisser progressivement... Y'en a un qui a fait ça !

E : D'accord. Et ça a marché ?

M5 : Non. A moitié ! Il a baissé, il a baissé ! Il s'est rendu compte qu'il avait besoin de moins mais euh... voilà... il a pas arrêté...

E : Donc c'est euh... par exemple pour les benzos y'a ça. Et essayer de... de tester avec un placebo ? Et vous les... vous diminuez petit à petit ? Bah je sais pas...

M5 : Ouais je teste un jour sur deux euh... Moi je leur dis de faire ce qu'ils veulent.

E : Ouais...

M5 : Pareil pour les... les... pour l'arrêt des antidépresseurs. Ils ont une dose, ils veulent baisser, alors je leur dis d'essayer. On passe à des demis et puis « si ça va pas vous faites des demis un jour sur deux et puis bah pleine dose l'autre jour et après vous faites trois jours puis... Bah vous vous débrouillez et puis on voit où vous en êtes dans un mois et on verra... on verra ce qu'il en est. »

E : En fait c'est le patient qui est acteur de son truc ?

M5 : Ouais.

E : D'accord. Y'a pas euh...

M5 : Je leur dis « faut baisser » et puis euh... après des fois ils disent « j'ai essayé de baisser, j'ai pas réussi... » Voilà euh... « Ça a été pendant trois jours et puis ça a été trop dur... » Et dans ce cas-là tu dis « bah, vous faites euh... que deux jours et puis le troisième jour vous reprenez. Un jour sur trois vous prenez pleine dose et puis vous restez comme ça pendant un mois et puis dans un mois bah... on verra et on essaiera de baisser à tous les quatre jours ». De toute façon vu qu'ils les prennent tout le temps c'est des... c'est des trucs que je leur dis voilà... on sait que ce sera sur des années hein ! Enfin... ça va pas être en un mois, ça va pas être en trois mois... enfin on se donne un objectif. Voilà, ça serait bien que dans un an... voilà moi je le marque dans le dossier « objectif : dans un an, être à un demi par jour ». Pas plus parce que voilà, sinon... si on l'arrête brutalement, ils vont pas supporter... ils vont prendre autre chose...

E : Et avec des déprescriptions autonomes comme ça... au bout d'un an y'en a pour qui ça marche ?

M5 : Y'en a pour qui ça marche ! Je suis pas sûr qu'il y en ait beaucoup plus par rapport à... à si on avait enfin fait un arrêt brutal hein ! En tout cas, c'est en douceur et... et le patient, il est plus acteur et ça donne de la satisfaction à tout le monde. C'est mieux plutôt que d'être euh... totalitaire et de dire euh... « Maintenant je vous en donne plus ou je vous revois plus » (Rires)

E : Oui c'est sûr. Et... et est-ce que vous pensez qu'il existe des freins, des vrais freins à la déprescription ?

M5 : Classiquement, le temps !

E : Ouais.

M5 : Puisque c'est vrai qu'enfin... ça prend quand même du temps de regarder les médicaments des patients, en plus de la consultation et des huit motifs autres parce que « se cogner le pied ça fait mal ! » Et en plus du diabète bah... à cette occasion-là, ils vont pas prendre un rendez-vous simple. Euh... donc ça prend du temps... euh... pareil euh... la peur je pense, de se dire « ah mais il va pas m'aimer mon patient, si je lui dis d'arrêter alors qu'il le prend ou je vais le saouler ou euh... moi ça va me saouler aussi d'essayer de lui dire alors que je le connais depuis cinq ans... je sais qu'il fera aucun effort là-dessus... déjà pour son diabète il prend pas ses médicament... par contre il prend sa benzo ! »

E : Mais est-ce que ça vous freine vous ? Dans la déprescription ?

M5 : Non, moi ça me freine pas ! (Rires)

E : Effectivement, y'en a qui disent aussi les spécialistes... le fait que ça soit introduit par un spécialiste euh...

M5 : Ah non, parce que voilà... après moi je suggère ! Soit je suggère au spécialiste, soit j'en parle avec le patient et il me dit « ah oui pourquoi pas... bah voilà... le cardiologue il m'a mis ça ». « Je suis pas forcément sûr que ce soit indispensable, on va essayer de l'arrêter. On va voir comment vous vous sentez ou quoi » donc euh... je suggère... euh... y'a rarement où j'impose un arrêt, sauf contre-indication. Mais là y'a argument d'autorité de type contre-indication euh... des fois c'est plus facile et euh... bah ça veut pas dire que c'est mieux pris par les patients mais euh... voilà, bon bah... « euh... vous avez l'insuffisance rénale euh... bah les benzos on peut plus les donner » Voilà, c'est... j'ai plus le droit !

E : Ça marche. Et donc finalement c'est euh... le temps ce qui vous embête le plus ?

M5 : Ouais, non...

E : Même pas...

M5 : Non, je serais en retard sur la consultation d'après, c'est pas grave !

E : Y'a des moments... vous reportez en vous disant bah... je sais pas... « j'ai envie de déprescrire ça, mais là il me parle de son pied euh... »

M5 : Ouais, ouais... je me fais des objectifs à la fin des consultations ! A la fin de mes observations, y'a « prochaine consultation : faire ça », qui peuvent être soit des choses à aborder, soit des trucs que j'ai pas eu le temps de faire, soit justement... je commence à lui en parler, où je lui dis « bah dans deux renouvellements, une fois qu'on aura réglé le diabète et bah... on pourra s'attaquer à ça, parce que je pense que c'est... que ça a besoin d'être réévalué comme traitement » et comme ça je l'amène au fait qu'on va probablement réévaluer... rebaisser un traitement après.

E : Et du coup vous regardez avant la consultation le... dossier pour vérifier ce que vous avez écrit la dernière fois ?

M5 : Non, je m'en rappelle ou je le découvre en même temps !

E : Ça marche. Ok ! Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M5 : Non, comme ça euh... qu'est-ce qu'il y a d'autre sur la déprescription... Bah faudrait... faudrait plus de messages, parce que je pense qu'il n'y a pas assez de messages de la déprescription... Bah les recos HAS de benzodiazépines... Bon c'est quand même marqué dedans euh... déprescrivez etc. Mais euh... chez les sujets âgés, c'est pas sûr euh... que la balance euh... l'intérêt de la déprescription euh... d'une benzo bien tolérée soit judicieuse... Bah voilà...

E : Ça c'est écrit sur quoi ?

M5 : Les recos benzodiazépines HAS 2018 !

E : D'accord...

M5 : Même quand on veut... quand on a une intentionnalité de déprescription et ben... Voilà plutôt que de dire « essayez et puis si ça marche pas bah... tant pis » il me semble que la formulation fait quand même dire euh... « vous embêtez pas chez les personnes âgées qui vont bien on va dire euh...

qui le supportent bien ou qui sont... qui refusent ou quoi... ». Alors c'est pas forcément faux non plus mais c'est sûr que ça... ça va pas inciter à... à déprescrire. Et peut-être à axer bah... c'est ce qu'on dit à la fac hein.... Que la déprescription c'est pas que les benzo, que les anti-alzheimers... Pour tous les médicaments, ça marche aussi ! Et que quand le patient il a 11 de tension euh... c'est une hypotension et l'idée c'est quand même d'essayer de faire une décroissance de ses traitements ou quelque chose comme ça quoi !

E : Donc pour tous les traitements tout le temps ? Vous vous posez la question ?

M5 : Ouais, ouais !

E : C'est bien !

M5 : Je sais pas mais en tout cas, ça m'occupe !

E : Et... et ça rajoute un plus en tout cas dans... dans votre vie de généraliste ?

M5 : Ouais ouais... quand on... quand on se dit euh... ça... bah ça sert à rien euh... ça pas trop... on va essayer de lui enlever dans trois consultations... Ou le patient il a trois antidépresseurs, plus une benzo plus des antidouleurs et qu'on essaie de passer sur un... sur un tricyclique qui va pouvoir gérer à la fois les troubles du sommeil parce que ça fait dormir le soir, à la fois qui fait antidépresseur et qui va soulager sa douleur... Quand t'as une molécule comme ça euh... trois en un, faut essayer. Bah... ça marche pas à chaque fois hein.

E : Top. Ok, bah merci, super !

Entretien médecin 6 :

E : Alors d'abord merci de participer à mon étude. Alors en gros, ça dure vingt à trente minutes pas tellement plus. Euh... le but c'est un peu de comprendre quelles sont les petites méthodes, les petits moyens qu'ont les... les médecins pour déprescrire. Enfin voilà, si on arrive à trouver des choses, euh... mais généralement ça marche. Donc la première question, c'est d'abord un peu comment est-ce que vous voyez votre pratique de tous les jours... entre la fac, le cabinet, les formations éventuelles, comment est un peu votre patientèle ?

M6 : Euh... donc moi du coup je... j'exerce en centre de santé. Je travaille à la fac euh... donc euh... deux jours et demi par semaine euh... en gros euh... j'ai quand même pas mal de suivi avec les patients. Après je suis installé que depuis un an et demi donc euh... je commence. Donc je suis pas encore un expert de la déprescription. Et euh... du coup j'ai pas mal de patients qui me viennent d'autres médecins généralistes ou euh... euh... voilà. Mais bon j'ai pas mal de suivi quand même.

E : Des patients qui étaient avec d'autres médecins et vous devenez leur médecin traitant ?

M6 : Ouais exactement.

E : Ok.

M6 : Les médecins qui sont partis à la retraite...

E : Ouais donc finalement au bout d'un an et demi vous arrivez à commencer un suivi euh...

M6 : Ouais ouais j'en ai.

E : Et euh... est-ce que vous faites des formations euh... en plus de... de travailler pour la fac tout ça... est-ce que y'a des choses ?

M6 : Ouais, bah je... j'ai fait des formations du coup à l'hypnose médicale et après euh... à l'entretien motivationnel et euh... et après j'ai fait des formations à la maîtrise de stage pour accueillir des internes ou des externes.

E : Ça marche. Et est-ce que y'a des euh... revues que vous aimez bien lire ?

M6 : Bah, je lis *Prescrire*, je fais les tests de lecture. Je lis un peu *Exercer* et un peu *Médecine* et après je lis euh... le blog aussi *Dragiwebdo*.

E : Ça marche, ok. Et votre patientèle elle est euh... c'était au départ peut-être beaucoup d'urgences, maintenant un peu plus de suivi... mais ils ont quels âges à peu près... c'est plutôt quel type de classe sociale ?

M6 : C'est tous les âges. Après j'ai beaucoup de petits euh... parce que y'avait une PMI à côté qui a fermé. Donc je fais le suivi des enfants... après j'ai des euh... des personnes âgées... d'âge moyen... j'ai un peu tous les âges.

E : Ok. Qu'est-ce que ça veut dire pour vous la déprescription ?

M6 : Donc du coup... si j'ai bien compris, c'est le fait de euh... au lieu de prescrire un médicament à la fin de la consultation euh... en enlever un ou alors diminuer la dose ou le remplacer.

E : Et c'est quelque chose que vous avez connu euh... comment ? enfin comment le ?

M6 : Alors euh... y'avait euh... quelque chose... enfin une étude qui me revient en tête qui avait été faite à Faculté 1 parce que j'étais interne à Faculté 1, où ils avaient justement pris le... le Livre Noir Prescrire je crois ou un truc comme ça et ils avaient demandé aux généralistes d'enlever tous les médicaments euh... qui sont dedans. En faisant un courrier aux spécialistes qui les prescrivent ou autre. Et du coup ça nous permet de plancher sur euh... sur pas mal de trucs et euh... et du coup ça c'était la première fois que je découvrais un peu euh... le fait de retirer des médicaments. Même si avant, on avait déjà parlé des médicaments euh... plus ou moins utiles mais euh... voilà. Après c'est toujours la discussion du bénéfice-risque et tout ça mais voilà... ça c'est plus...

E : Et c'est quelque chose que vous essayez de pratiquer enfin... tous les jours dans votre cabinet ou pas forcément ?

M6 : Alors du coup tous les jours euh... peut-être pas ! Euh... enfin euh... je fais aussi des consultations sans rendez-vous donc j'ai pas mal de demandes d'antibiotiques et tout ça. Donc ça... ça fait peut-être partie de la déprescription dans le sens où c'est une demande euh... d'une prescription habituelle et du coup euh... pour laquelle souvent je dis que y'a pas besoin. Pareil pour les antitussifs les choses comme ça. Euh... après euh... qu'est-ce que je voulais dire ? Ah oui euh... par rapport aux traitements chroniques des gens euh... qui sont pas forcément vieux euh... par exemple euh... l'oméprazole ou des choses comme ça, je pense que j'y vais plutôt tranquillement parce que euh... j'ai l'impression que parfois il vaut mieux faire simple dans les messages qu'on donne aux patients. Donc euh... peut-être la déprescription que je fais c'est plus euh... de la non-prescription que vraiment d'enlever les choses de l'ordonnance habituelle quoi !

E : Et euh... quand ils ont par exemple de l'oméprazole, qui n'est pas forcément justifié, c'est quoi votre phrase d'accroche ou le... comment amener le sujet quoi ? C'est euh... au tout début...

M6 : C'est euh... du coup c'est demander euh... pour quelle raison ils le prennent... savoir s'ils le prennent... enfin savoir pourquoi ils le prennent... est-ce qu'ils ont déjà essayé de l'arrêter, parce que souvent mes patients ils ont arrêté des médicaments euh... soit parce qu'ils avaient plus d'ordonnance soit parce que bon... Et euh... quels effets ils ont eu à ce moment-là et après euh... bah du coup ça peut être de leur proposer de donner une information là-dessus sur le risque que ça peut avoir euh... à long terme etc. Voilà.

E : Vous vous appuyez sur des choses en particulier ? Par... par exemple le... les risques euh... les choses comme ça je sais pas... vous leur montrez quelque chose ? Vous leur parlez d'études ?

M6 : Euh... non, je leur montre pas de support euh... ni informatique ni papier. Après ouais, je leur parle euh... du fait que... plus à l'oral quoi... peut-être je pourrais imaginer les choses mais je ne les image pas beaucoup !

E : Bah, si ça marche !

M6 : Je sais que y'a un site euh... déprescrire euh... je sais plus... enfin...

E : Oui c'est le réseau de déprescription canadien... en tout cas où y'a des algorithmes, des fiches de patients...

M6 : Oui des algorithmes... Après je trouve qu'au final ça... ça apporte pas grand-chose en fait... Parce que du coup c'est euh... enfin on connaît un peu l'algorithme enfin... sauf à penser que pour certains traitements on augmente le risque à l'arrêt euh... Peut-être quand on arrête euh... les statines... je crois qu'on s'était posé la question là-dessus à un moment... je crois qu'au final y'a pas de risque à l'arrêt. Euh... bah l'oméprazole typiquement, y'a un rebond d'acidité à l'arrêt euh... du coup euh... ça... parfois ça m'est arrivé de proposer des anti-acides euh... pour euh... du Gaviscon ou autre et puis euh... après euh... ouais les algorithmes je sais pas si euh... Ouais l'autre gros sujet de la déprescription c'est les benzos ou les hypnotiques. Moi du coup je fais de l'hypnose donc du coup je leur en parle comme ça, des alternatives quoi. Euh... voilà !

E : Euh... donc pour les benzos par exemple... l'hypnose ça marche ? Enfin vous avez déjà essayé de de... d'enlever des benzos... de leur proposer l'hypnose, qu'ils l'acceptent ?

M6 : Euh... j'ai pas fait le protocole vraiment classiquement mais euh... ouais quand on parle d'insomnie etc. l'hypnose ça marche bien pour ça... pour l'insomnie. Après euh... j'ai jamais mis en concurrence les deux, c'est plus euh... l'hypnose c'est plus essayer de voir s'ils peuvent trouver des moyens pour trouver le sommeil plus facilement. Et du coup peut-être qu'ils arrêtent après le traitement de fait parce qu'ils dorment bien. C'est plus de trouver mieux que de... et le ressentir que de comparer les deux et voir...

E : Et du coup c'est des... vous faites des séances d'hypnose au cabinet ? Ou c'est des petites techniques que vous leur apprenez pour qu'ils le reproduisent chez eux ?

M6 : Oui les deux ! C'est euh... c'est pour leur apprendre l'auto-hypnose en fait. Que ce soit une séance formelle ou que ce soit juste des petites interventions euh... bah de demander par exemple « qu'est-ce que vous faites avant de vous coucher ? » etc. Euh... « quelles sensations vous recherchez avant de vous endormir ? » etc. Ça c'est plus euh... rapide. Après je peux leur proposer des séances mais le but... je les vois deux fois quand je leur propose des séances et euh... le but c'est que ce soit vraiment bref et qu'après ils se soient approprié l'outil quoi.

E : Et euh... vous avez un exemple d'un patient qui aurait arrêté les benzos après euh... avoir fait un peu de l'auto-hypnose ?

M6 : Euh... y'a peut-être euh... ouais deux ans je crois... j'avais une patiente qui avait beaucoup de médicaments. Souvent les patients qui ont des grosses ordonnances, ils disent euh... « moi j'aime pas les médicaments » donc euh... c'est rigolo. Mais souvent bah les gens qui sont inquiets des médicaments ils sont aussi inquiets d'autres choses et du coup les médecins ils sont amenés à leur prescrire pas mal de choses. Et euh... et du coup euh... ouais euh... ça a pu être une alternative pour elle.

E : Et du coup cette patiente ça a marché ? enfin...

M6 : Ouais !

E : Elle a fini par arrêter ses benzos après...

M6 : Ouais !

E : Et euh... le fait de lui avoir proposé... comment elle a réagi ? elle était plutôt dubitative au début ou euh... ?

M6 : Bah non justement plutôt enthousiaste en fait... de voir que y'a d'autres solutions possibles. Du coup euh... parce que c'est difficile de déprescrire si y'a pas d'alternative... Là on se met un peu en position de gendarme du médicament et tout ça. Alors que quand on propose une alternative souvent les gens ils sont contents de moins prendre de médicaments. C'est pas quelque chose qu'ils font par plaisir en tout cas. Par exemple euh... alors peut-être plus dans le style gendarme du médicament mais euh... pour les antibiotiques euh... quand je leur dis que c'est mauvais pour la flore bactérienne de l'intestin etc. C'est un argument qui marche assez bien. Parce que du coup euh... c'est pour leur santé personnelle, c'est pas pour des objectifs de santé publique que... que je leur prescris pas. Et du coup

bah... ils voient le bénéfice au fait de... de pas le prendre quoi. Quand j'ai pas d'argument pour qu'ils voient le bénéfice, ça se passe pas bien en général.

E : C'est plus dur. Mais le fait de... de leur montrer qu'il y a un bénéfice à enlever ce médicament ou à pas prendre ce médicament ça... ça les aide ?

M6 : Ouais !

E : Et euh... sur le... l'oméprazole par exemple euh... je sais plus ce que je voulais dire... Le fait de leur dire bah... « vous allez peut-être pouvoir arrêter » en... effectivement en leur proposant un anti-acide à coté... là pareil... ils réagissent plutôt bien ? Ça les...

M6 : C'est difficile l'oméprazole mais du coup j'y vais... je fais de l'intervention brève plutôt... Donc euh... je sais euh... les gens qui les ont vraiment sur leur ordonnance tout le temps, je sais pas comment ils font en gériatrie pour les arrêter mais là j'ai du mal. Parce que euh...c'est une sensation qu'ils ont euh... qui est désagréable et qu'ils ont dès l'arrêt parce que euh... finalement y'a une régulation qui fait que l'arrêt du médicament va faire augmenter leurs symptômes à ce moment-là et du coup c'est... c'est difficile de leur dire « là, ça va bien se passer ». Euh... mais euh... quand c'est des traitements courts ou des gens qui ont eu ça en premier sans avoir pris d'anti-acide souvent ça marche bien de proposer l'anti-acide. Parce que l'avantage c'est que euh... le Gaviscon ça marche tout de suite, alors que l'oméprazole ça met un peu de temps à marcher. Donc au final pour euh... les gens qui le prennent épisodiquement ça... bah ça leur parle bien quoi !

E : Ok. Euh... donc on a parlé un peu de l'oméprazole, des statines, les benzos... Est-ce que y'a des classes médicamenteuses que vous aimez bien déprescrire ?

M6 : Euh... hormis ça... Euh... Non bah j'ai pas encore trop fait de déprescription de statines, de choses comme ça. Le reste, je suis peut-être moins à l'aise.

E : Et est-ce que vous déprescrivez pareil avec tous vos patients ? Ou est-ce comment vous agissez avec les patients... est-ce que euh... y'en a pour lesquels vous savez que ça va être très compliqué ou et... est-ce que vos techniques d'approches, vos discussions avec le patient sont différentes ? Selon les différents patients ?

M6 : Ouais ouais forcément ! Alors il faut que l'alliance thérapeutique soit un peu euh... un peu faite euh... sinon ils croient pas trop aux discours. Mais sinon euh... est-ce que y'a des typologies de patients je sais pas euh... bah y'en a qui sont plus cartésiens y'en a qui sont moins cartésiens. Euh... y'en a qui aiment pas trop les médicaments en général donc ça se passe mieux. Ouais, bah... je sais pas... je saurais pas dire !

E : Et quand vous parlez d'alliance thérapeutique, c'est euh... c'est en tout cas plus facile de déprescrire une fois que vous connaissez le patient et que vous l'avez suivi un petit peu ?

M6 : Ouais, ouais voilà. J'essaie de pas déprescrire quand je le vois pour la première fois, même de ne pas en parler souvent. L'intervention brève je le fait plutôt la deuxième fois.

E : Ça marche. Et euh... et vous avez déjà répété plusieurs interventions brèves et au bout d'un moment le patient vous a dit « bon d'accord on en parle ! » ?

M6 : Euh... souvent, quand je le fais plusieurs fois, c'est qu'il... il veut plus en parler... Enfin ouais... c'est que... j'ai eu du mal à trouver les ressorts du... du truc quoi.

E : Ouais. Est-ce que vous pensez qu'il existe des freins à la déprescription ? pour vous ? Est-ce que y'a des choses qui vous freinent vraiment ?

M6 : En tant que médecin ?

E : Ouais.

M6 : Bah du coup y'a le coté euh... où euh... on peut nous reprocher de ne pas avoir prescrit quelque chose. Si enfin... en tout cas on peut nous reprocher de déprescrire alors qu'on va difficilement nous reprocher d'avoir prescrit un médicament j'ai l'impression. Donc euh... enfin en tout cas, c'est mon

impression par rapport au système de santé, c'est plus interventionniste que rester euh... que précaution quoi. C'est plus *Prescrire* qui dit ça que... que le système de santé qui parle de précaution.

E : Et le fait de reprocher ça... ça serait le patient ou... ou la société en général ?

M6 : Ouais c'est euh... enfin euh... moi j'ai cette impression-là. Si euh... si y'a un problème et qu'on voit que le médicament a été déprescrit, y'a plus de risque que euh... si y'a un problème et que le médicament il a été prescrit. J'ai l'impression. Parce que euh... on va dire que c'est un manque de moyens enfin euh... donc il faut bien le justifier. Après les autres freins à la déprescription bah euh... le manque de temps parfois... parce que ça demande pas mal de temps de discuter.

E : Vous vous avez l'impression que ça vous gêne dans votre euh... enfin en tout cas que c'est... c'est un frein pour dans votre vécu personnel ? Que souvent vous manquez de temps ?

M6 : Bah ça complexifie les choses quoi. C'est pour ça que je le fais pas au début. Déjà parce que ça complexifie pour le patient sa vision des médicaments, sa vision de la médecine etc. Euh... si y'a un moment, y'a un médecin qui va prescrire pendant dix ans quelque chose et qu'on lui dit « c'est pas bon » bah... il va plus savoir qui croire etc. Et... enfin on aime bien avoir des messages simples pour en discuter quand même. Plutôt que de regretter d'avoir pris une pilule pendant dix ans. Et euh... et du coup ça... ça rajoute de la complexité pour la consultation aussi parce qu'on peut pas le faire en deux secondes... lui dire « c'est mauvais » et puis euh...

E : Donc ce que vous dites c'est que ça serait plutôt répéter les consultations et au bout de je sais pas... la deuxième, la troisième... peut-être plus simple d'aborder le sujet parce que euh...

M6 : Ouais.

E : On a posé un cadre un peu plus clair ?

M6 : Ouais. Après y'a le côté qui est euh... important c'est de faire ça en accord avec les spécialistes. Et euh... par exemple j'ai une patiente qui a un asthme qui est pas très sévère, mais pour autant elle a quand même un anti-IgE. Et du coup euh... enfin un anticorps monoclonal. Et elle... elle est très contente, elle trouve que ça va beaucoup mieux, mais euh... moi je connais le profil des effets indésirables des anticorps monoclonaux qui est assez grand et du coup euh... je lui en ai parlé. Mais en fait sa spécialiste elle est euh... hyper convaincue aussi donc bah... j'ai laissé tomber parce que euh... voilà... elles sont toutes les deux d'accord donc euh...bon. C'est peut-être qu'elles ont raison ! Après donc euh... quand on est d'accord avec le spécialiste c'est différent... c'est plus facile de le faire accepter au patient.

E : Et donc les spécialistes ça peut être un frein ça par exemple ? Le fait que ce soit prescrit par les spécialistes et que...

M6 : Ouais... du coup ouais.

E : Et dans ce cas-là, vous faites comment ?

M6 : Après y'a des patients qui viennent euh... sans prendre le médicament... qui veulent d'abord l'avis du généraliste ! Mais euh... y'en a d'autres c'est... qui vont beaucoup plus croire les spécialistes. Et dans ces cas-là bah... je vais pas m'acharner hein ! La représentation sur ça c'est... enfin. Après il faudrait euh... qu'ils aient enfin... ça serait le... l'enjeu ça serait qu'ils aient plus confiance en moi qu'en le spécialiste ! Donc ça serait plus laisser faire le temps.

E : Et euh... ça vous arrive de euh... je sais pas euh... d'envoyer un courrier au spécialiste pour lui dire par exemple « bah ce médicament-là... »

M6 : Du coup ouais, pour le pneumologue j'avais fait une lettre. Mais bon...

E : Et bah... là ça avait pas marché... Mais y'en a d'autres où euh...

M6 : Enfin non, j'avais proposé à la patiente d'écrire un courrier mais elle avait pas voulu !

E : Mais ça pourrait être un... un levier par exemple d'écrire aux spécialistes ?

M6 : Ouais. Ouais, ça serait une bonne idée.

E : Ça marche. Je réfléchis.... Ah oui : le fait de... de déséquilibrer une pathologie est-ce que ça... ça vous fait peur ? Ou je sais pas si on enlève le Kardégic, il va se mettre à faire une thrombose...

M6 : Ouais ouais, bien sûr y'a un état d'équilibre euh... avec le médicament. Et euh... du coup ça c'est aussi une raison pour le faire en accord avec le spécialiste.

E : Et donc par exemple s'appuyer sur les spécialistes s'il est en accord avec vous, ça peut... ça peut bien aider quoi !

M6 : Ouais.

E : Ça marche. Euh... y'en a certains qui disent aussi que les patients ils veulent pas et euh... ils sont complètement bloqués avec leurs médicaments... c'est leurs médicaments... Et du coup on en parle pas parce qu'on sait qu'ils vont pas vouloir... Je sais pas ce que vous... vous en pensez...

M6 : Alors euh... ça peut arriver... Comme les patients qui fument et qui sont... qui n'ont pas envie qu'on leur parle du fait qu'ils fument. Bah dans ces cas-là... Ouais, c'est l'intervention brève encore une fois !

E : Ça marche. Ok. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M6 : Non !

E : Super. Bah merci beaucoup !

Entretien médecin 7 :

E : Euh... donc la première question c'est... est-ce que vous pourriez définir un peu votre parcours professionnel, votre pratique, vos formations éventuelles ?

M7 : Ouais. Donc euh... moi j'étais interne ici donc euh... dans cette faculté à Faculté 2. J'ai passé l'internat en 2014, j'ai été thésé donc euh... j'ai fini en 2017 ensuite j'ai remplacé à Ville 6 et chez Médecin 18 notamment et puis dans Ville 7. Et euh... le temps de finir ma thèse et euh... j'ai passé ma thèse là en octobre 2018. En octobre 2018 et euh... et j'ai pris un poste de chef de clinique ici au mois de novembre 2018. Actuellement je remplace encore, parce que du coup j'ai un projet d'installation en maison de santé et donc on est en train de... de monter l'équipe. Euh... on a des locaux etc. mais bon le temps que ça ouvre on a des délais incompressibles et normalement ça devrait ouvrir dans un an. Donc je vais m'installer en maison de santé avec d'autres professionnels, kinés, sages-femmes, notamment orthophonistes aussi, infirmiers, voilà. Donc là j'essaie de remplacer du coup j'ai quelques cabinets où je remplace.

E : Pour connaître un peu justement les correspondants autour...

M7 : Ouais, voilà... tout à fait.

E : Et c'est des remplacements réguliers ? Ça fait euh... combien de jour par semaine vous arrivez à travailler ?

M7 : Normalement c'est deux jours par semaine.

E : Et en plus de la fac vous avez aussi des formations ? Vous êtes abonnés à des revues ?

M7 : Alors je suis abonné à *Prescrire*. Et en plus voilà... j'ai participé à des congrès, au CNGE depuis deux ans, au congrès de la médecine générale euh... j'ai fait des formations avec le CNGE sur euh... notamment sur la certification par exemple des étudiants du nouveau DES. Euh... comment certifier les compétences en médecine générale. Euh... j'ai un séminaire sur l'entretien motivationnel auquel je participe euh... en fin de semaine. Une formation DPC sur l'entretien motivationnel euh... voilà euh... globalement.

E : Et qu'est-ce que vous pensez de *Prescrire* ?

M7 : Je pense que c'est une revue très intéressante. Je pense que c'est un atout enfin... c'est un... c'est une revue, à mon avis en tant que médecin généraliste, qu'il faut avoir euh... c'est mieux d'être inscrit. Enfin je pense que c'est une bonne chose d'être abonné et de l'avoir sous la main. D'une part parce que quand on cherche des données fiables et indépendantes c'est quand même euh... c'est une vraie source euh... une vraie source de données. Euh... pour des problèmes précis y compris via l'interface internet où l'on peut chercher aussi facilement des données précises. Je trouve que par exemple comme moyen d'information pour les patients c'est assez bien fait. Aussi leurs fiches d'informations sont assez bien faites et donc euh... donc ça c'est un truc que j'utilise parfois avec les patients pour certaines choses un peu euh... comme voilà... comme moyen d'information des patients. Euh... et puis après, comme moyen d'ouverture aussi sur des sujets euh... ça c'est plus en lisant la revue... qui s'ouvrent euh... soit euh... à des champs thérapeutiques qu'on utilise pas très souvent euh... des nouveaux médicaments euh... je sais pas de cancérologie ou plein de choses qu'on utilise pas forcément régulièrement. Et ça permet un peu de se tenir quand même au courant de ce qui se fait euh... de ce qui se fait plus surtout aussi euh... et donc euh... voilà. Donc y'a plusieurs... enfin je pense que c'est très utile. Après y'a plusieurs sujets euh... voilà la confrontation avec la clinique euh... je trouve que d'appliquer texto des recommandations de *Prescrire*, c'est pas toujours évident et euh... et euh... voilà... c'est bien de les avoir en tête, même si euh... en pratique on s'en affranchit parfois ou on adapte un peu enfin...

E : Ça marche. Et qu'est-ce que c'est euh... enfin comment vous... vous définirez la déprescription ?

M7 : Ouais. Alors euh... moi ce que je vois comme ça, c'est que y'a une chose : c'est dans le suivi de patients chroniques, le fait de euh... de se poser la question... de réévaluer l'ordonnance... de se dire est-ce que tout est nécessaire euh... est-ce que tout est nécessaire d'un point de vue thérapeutique dans l'intérêt du patient... est-ce que tout est supportable par le patient euh... donc c'est voilà... d'un côté ces patients-là un peu chroniques qui vont souvent avoir des ordonnances longues avec une polymédication... On sait que... que y'a des risques euh... pour le patient, y'a aussi une observance qui est du coup euh... qui est plus difficile à euh... à euh... à respecter, on y adhère plus difficilement. Euh... et puis euh... donc ça c'est une chose. Et puis y'a une autre chose qui se situe dans sa pratique globale aussi même en premiers recours quand on prescrit euh... est-ce que voilà... est-ce que ce traitement sera utile euh... et pour moins prescrire en fait. C'est plus déprescrire ce qui est déjà dans l'ordonnance du patient et aussi peut-être aussi moins prescrire euh... en général.

E : Et comment vous avez connu ça, ce concept ?

M7 : Bah on pourrait dire que c'est euh... on est sensibilisé un peu à la fac par exemple si je prends surtout pendant l'internat de médecine générale parce que... parce qu'on nous sollicite un peu sur euh... sur des histoires cliniques qu'on a vécu et euh... prendre du recul sur ce qu'on a fait et aussi euh... sur parfois certains dogmes ou certaines prescriptions qui sont faites à l'hôpital où on a des protocoles et finalement on se pose pas trop la question de savoir pourquoi on prescrit telle ou telle chose et si c'est vraiment la peine. Alors qu'en médecine générale on sait bien la diversité euh... la diversité déjà des profils des patients et puis des pathologies aussi. On rencontre beaucoup plus de pathologies à des stades moins graves ou euh... des pathologies bénignes et donc euh... et donc la plupart du temps la prescription n'est pas forcément indispensable ou euh... Donc on est un peu plus sollicité pendant le... l'internat où on commence à y réfléchir euh... après c'est au cours des stages aussi. Et quand on est en autonomie au cabinet là aussi on se rend compte que euh... bah on y est confronté directement et c'est là où euh... où on va prendre la décision de prescrire ou pas, où on se pose des questions euh... Voilà, face à des exemples concrets d'ordonnances... est-ce que c'est utile... est-ce que c'est pas utile et euh... souvent d'ailleurs je pense qu'on n'a pas... enfin en tout cas au début on n'a pas forcément d'idée de ce qui est utile/pas utile mais on se pose la question. Et ensuite bah... on va réfléchir un peu et c'est là où *Prescrire* par exemple peut être utile parce que c'est une ressource indépendante et euh... ça peut nous permettre de faire la balance entre euh... ce qui est utile/ce qui est pas utile dans un cas précis. Et ensuite éventuellement proposer au patient de bah... d'enlever le traitement...

E : Ça marche. Et est-ce que vos démarches ou vos techniques de déprescription ont évolué un peu au cours du temps ? Ou est-ce que voilà... petit à petit vous... vous fourbissez un peu vos armes en changeant de techniques ?

M7 : Ouais ouais... je pense que oui. Après même si j'ai pas une expérience très longue euh... surtout de suivi parce que je suis plus en premier recours un peu malheureusement mais ça va venir petit à petit. Parce qu'au début, je pense que quand on est jeune euh... on prend aussi la prescription, surtout si c'est un médecin qu'on connaît... on va un peu plus la prendre pour argent comptant. Et même si on se pose des questions on va pas forcément la remettre en cause. Alors que maintenant de plus en plus euh... bah voilà... on se pose la question... est-ce que c'est vraiment la peine ou pas. Surtout dans quel contexte ça a été prescrit, pour quel objectif et euh... et donc là en fait on se rend compte que y'a beaucoup de choses qui sont plus vraiment adaptées à la situation actuelle euh... voilà. Donc déjà dans le fait de remettre en cause et d'oser on va dire euh... proposer au patient d'arrêter certains traitements. Euh... aussi quand on voit les euh... avec euh... les correspondants aussi on commence à se faire une idée un peu de comment prescrit chaque correspondant. On sait que parfois y'a des choses euh... qui paraissent parfois pas justifiées quand ça vient de telle personne. Donc là-dessus aussi je pense qu'on peut soit quand on oriente... soit au contraire on décide de pas trop orienter vers cette personne-là. Ou alors on prend les devants ou on... en expliquant au patient son point de vue. Après dans les outils pratiques un peu si c'est ça la question ?

E : Ouais par exemple...

M7 : Alors euh... y'a des outils effectivement que j'ai découvert un peu petit à petit sur euh... la décision partagée aussi. Euh... ça j'essaie de les utiliser un peu de plus en plus. Euh... sur euh... notamment dans le risque cardiovasculaire euh... les outils de... de voilà... de score de risque cardiovasculaire. Montrer au patient quel est son risque. Euh... bien mettre en valeur le risque global et du coup souvent ça fait... ça amène en fait à relativiser certaines prescriptions, l'importance de certaines prescriptions. Euh... aussi avec les outils là les NNT par exemple, ça je les utilise enfin... c'est un truc que j'aimerais bien utiliser un peu plus souvent. Ou pour le cancer de la prost... enfin le dépistage du cancer de la prostate avec les PSA aussi. Euh... mais là on est plus dans le dépistage c'est pas trop... c'est plus la prescription d'examen biologiques que thérapeutiques mais je pense que le principe est à peu près le même. Euh... donc ça c'est des outils que j'essaie de réutiliser un peu. Euh... et après c'est plus aussi dans... un peu dans le euh... comment dire... dans la façon de faire aussi. Voir d'abord... enfin demander un peu au patient qu'est-ce qu'il pense de son traitement... est-ce qu'il pense que c'est utile ou pas... est-ce qu'il y tient beaucoup... est-ce qu'il espère beaucoup dans ce traitement-là... est-ce qu'il y a des effets aussi indésirables. Euh... lui demander euh... et euh... et il faut parce que ça permet justement de préparer le terrain pour éventuellement lui proposer d'arrêter ou pas. Et chose qu'avant peut-être euh... j'avais tendance à proposer plus de but en blanc euh... voilà « tiens... vous avez ça, bon d'accord... est-ce qu'on pourrait pas arrêter ? » Alors que maintenant peut-être je vais plus tâter le terrain un peu comme dans l'entretien motivationnel, explorer un peu les ressentis du patient avant d'arrêter. Et parce que du coup ça permet je pense d'une part de... de mieux cibler mes arguments. Si lui il est pas trop d'accord pour arrêter, présenter les arguments en balance et euh... au contraire de se rendre compte parfois de certaines choses que le patient ne prend plus. Par exemple celui-ci, s'il le prend plus bah... de toute façon... c'est aussi un argument pour éventuellement l'arrêter. Ou alors au contraire l'inciter à le reprendre. Donc ça je le fais un peu plus. Euh... quoi d'autre ? quoi d'autre...

E : Oh c'est déjà pas mal ! Justement tout à l'heure vous parliez de la... la manière d'approcher le sujet. Est-ce que vous avez une phrase d'accroche ? Ou comment est-ce que vous réussissez à aborder cette déprescription ? Vous disiez notamment enfin... en leur demandant un peu au début quels sont les traitements qu'ils prennent ? comment... tout ça ?

M7 : Ouais bah justement l'observance ça peut être un... ça peut être un abord, en leur demandant... je trouve que c'est toujours mieux de demander aussi quel euh... voilà ce traitement-là... enfin ça peut être aussi utile pour vérifier évidemment l'observance. Mais voilà : « combien de fois... est-ce que vous l'oubliez souvent ? » ou euh... ou commencer par la négative par exemple : « est-ce que vous l'oubliez souvent ? Combien de fois par semaine ? » ou quelque chose comme ça. Et euh... et parce que

notamment pour des traitements qui peuvent euh... enfin pour des statines ou des choses comme ça où on sait bien que l'observance est pas très bonne, il y a une réticence etc. Ça... ça peut être une façon de... de juger l'observance plus facilement. Et après d'enchaîner sur pourquoi : « est-ce que c'est parce que juste vous oubliez ou c'est parce que c'est l'horaire de prise qui est pas pratique ? Est-ce que c'est parce que au contraire vous avez des symptômes ou vous... ou vous pensez que c'est pas utile ? » Donc euh... donc ça... ça peut être une accroche. Euh... j'essaie de chercher un peu des exemples là précis... Euh...

E : Est-ce que par exemple en première consultation ça vous arrive de le faire ? Par exemple profiter d'une première consultation avec un patient complètement nouveau ?

M7 : Ça c'est vrai que je le fait pas trop. Je pense que j'ai plus tendance à enfin... pendant la première consultation à bien... bien tout noter... voir un peu pourquoi ça a été prescrit... pour quelle raison euh... Mais c'est vrai que c'est rare que je... que je propose d'emblée de euh... d'arrêter. Ou alors j'essaie d'en parler un peu, de dire : « tiens vous avez... voilà, vous avez tel traitement... donc ça c'est pour ça d'accord... donc ça c'est pour ça... » et éventuellement de dire « euh... bon, ce que je vous propose c'est qu'on euh... je vous renouvelle cette fois-ci l'ordonnance comme ça et puis la prochaine fois on discutera peut-être plus particulièrement euh... parfois avec un bilan biologique euh... d'appui ou quelque chose comme ça... »

E : Ouais donc créer un peu une alliance avant de...

M7 : Ouais c'est ça. Je pense que c'est euh... Alors soit à moins que ça pose vraiment un problème euh... si c'est un traitement que je juge complètement délétère ou voilà... à ce moment-là, oui je... je vais pas le prescrire moi-même. Mais souvent c'est des choses qui sont juste un peu inutiles...

E : Ça marche. Et en sortie d'hospitalisation ? Ça vous arrive de... de voir que par exemple l'ordonnance ils ont enlevé plein de choses. Comment est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on s'appuie dessus ?

M7 : Ouais... alors là, c'est ça que je trouve un peu délicat et c'est pareil avec les correspondants aussi. On adresse avec une certaine idée de ce que va faire le spécialiste ou en hospitalisation et ils reviennent avec des traitements qu'on aurait pas nous instauré... Et ça... ça fait relativiser voilà l'importance du... du spécialiste. L'importance et le... l'aura qu'il peut avoir ou la compétence. Et bah là souvent je suis un peu embêté, parce que euh... alors souvent j'essaie de voir qu'est-ce qu'en pense le patient. Est-ce qu'il est d'accord avec ça... est-ce qu'on lui a expliqué pourquoi. Euh... et s'il me dit « oui mais ça de toute façon, je sais pas du tout pourquoi il me l'a mis » ou alors « je pense que... j'ai pas envie de le prendre » et que moi je suis d'accord, bah euh... on arrête d'en discuter. Mais souvent c'est plus délicat et euh... donc là j'ai un peu plus de mal. Et euh... ouais, donc euh... donc voilà. Après dans le... dans les approches, y'a toujours l'idée de voir si y'a pas des effets indésirables... d'informer le patient sur les benzodiazépines les choses comme ça...

E : Vous parliez tout à l'heure justement des différentes techniques que vous aviez, y'a donc... donc les supports papiers notamment, c'était les fiches-infos *Prescrire*. Vous avez d'autres supports comme ça qui peuvent vous aider ?

M7 : Euh...

E : Peut-être des choses en salle d'attente ou... ?

M7 : Alors non pas encore mais c'est vrai que... aussi parce que je remplace... Mais c'est sûr que je pense que y'a des choses de base qui seraient bien... enfin ce serait bien d'en avoir imprimées et d'avoir à disposition euh... c'est tout ce qui est par exemple sur les anti-inflammatoires ou euh... ou les trucs comme ça par exemple. Ça serait euh... une fiche *Prescrire* par exemple sur comment... quand donner des anti-inflammatoires ou pas... ou comment... Et ça... ça pourrait être de l'information pour les parents en salle d'attente. Et qu'ils peuvent prendre aussi parce que ça peut les interpeller, les questions très fréquentes... euh... après y'a des choses euh... qu'on dit très souvent que j'imprime pas, parce qu'en fait je le répète à longueur de journée surtout en ce moment [période de grippe] sur le... les rhumes... les rhinopharyngites... les trucs comme ça. J'ai mon... j'ai mon petit laïus que j'essaie de faire euh... qui est un mélange d'information des patients sur qu'est-ce que c'est que la rhinopharyngite et pourquoi ils ont bah... le nez qui... le jetage postérieur tout ça. Et euh... mais bon,

en pratique euh... je trouve que ça a quand même plus d'impact de le dire. Dire euh... voilà bah une fois que j'ai fini leur dire « bah voilà je vous prescris rien parce que... parce que voilà... vous vous lavez le nez... »

E : Oui... « je viens de vous expliquer pourquoi... »

M7 : Et euh... je trouve que ça... ça marche plutôt pas mal, je suis assez content de ça.

E : La... la discussion orale et le fait de... de leur expliquer comment ça fonctionne...

M7 : Ouais c'est ça. Alors effectivement ça prend parfois vingt-cinq minutes et on pourrait conclure plus rapidement mais euh... et j'espère qu'une fois qu'on leur aura expliqué trois-quatre fois bah ils... enfin voilà ils viendront moins ou peut-être qu'ils viendront moins parce qu'ils feront eux-mêmes, ils commenceront eux-mêmes à faire euh... voilà les moyens d'apaisements locaux et euh... les choses comme ça quoi.

E : Et euh... quand ils sont euh... quand vous voulez enlever un médicament euh... vous disiez bah par exemple les scores ou les décisions partagées... est-ce que vous leur montrez aussi des études ou est-ce que vous vous appuyez sur des choses en particulier ?

M7 : Euh... alors euh... ouais alors le côté études je me dis... ça serait bien. Souvent en fait dans ma mémoire je cherche des... des chiffres et je me souviens jamais des chiffres euh... (rires) justement des publications. Euh... donc euh... mais oui parfois bien sûr l'argument scientifique de dire euh... « les études ont montré que... que ce traitement était pas plus efficace que l'activité physique ou que l'arrêt du tabac... » ou des trucs comme ça par exemple. Ça c'est un argument que je donne effectivement même si j'ai du mal à me raccrocher à des études ou des chiffres précis ou des trucs comme ça. Parce qu'en fait dans la pratique je pense que je les ai pas assez en tête et euh... et euh... je me suis dit plusieurs fois qu'il faudrait que je mette un petit post-it avec euh... avec voilà...

E : Le nombre d'effets secondaires...

M7 : Par exemple ou le pourcentage...voilà des trucs comme ça. Mais en pratique j'ai du mal à le faire. Ça je sais pas si c'est vraiment un truc à donner au patient mais au moins euh... voilà peut-être que les chiffres parfois peuvent impacter donc euh... on se rend compte que oui, ça permet de faire...

E : Et vous avez la même attitude avec tous vos patients ? Ou est-ce que selon leur niveau de compréhension c'est plus difficile euh... pour certains ?

M7 : Bien sûr euh... oui oui. C'est ça aussi ce qu'on se rend compte avec la pratique c'est que euh... Et en plus quand on est remplaçant et qu'on a des activités un peu euh... partielles euh... on se dit aussi quelque part « il faut pas que je loupe l'occasion... je sais pas si je la reverrais... » et en même temps c'est très difficile je trouve de... voilà enfin... c'est très difficile... ça peut être difficile parfois d'arrêter surtout si le patient est attaché à son traitement etc. s'il a des représentations. Je me demande beaucoup... y'a des patients, quand on commence à les suivre, on... on se rend vite compte. Le fait d'explorer ça sert à ça aussi. Et du coup on va savoir si on peut proposer dès maintenant des adaptations ou si euh... ça va prendre un peu plus de temps. Euh... et donc typiquement les psychotropes ou des choses qu'il faut arrêter progressivement euh... donc ça c'est plutôt en fonction du type de traitement. Et sinon en fonction aussi des personnes, bien sûr. Et y'en a parfois on arrive, on est très confiant... direct on y va et on se prend un peu le retour du patient et on voit clairement que lui il était pas du tout prêt... que ce sujet a déjà été abordé quinze fois et donc euh... il a pas du tout envie ! Mais euh... je me dis que euh... j'essaie quand même un peu de... de distiller des petites euh... juste voir s'il est au courant et vérifier qu'il y eu prévention. Et après s'il veut pas, bah on insiste pas.

E : Et en général ils réagissent comment ?

M7 : Alors euh... quand ils sont très attachés, qu'on a déjà évoqué le sujet avec eux etc... en général c'est très ferme, donc j'essaie... je ralentis un peu en disant : « voilà, j'entends tout à fait, euh... voilà je... c'est important pour moi de vous donner mon point de vue ou de vérifier que vous étiez bien conscient de ça. Après je comprends tout à fait que ce soit pas facile ou que ce soit pas le bon moment. Ce que je vous propose, c'est d'en reparler. » Et donc euh... en montrant... je pense que c'est bien de

toujours montrer qu'on est ouvert effectivement et même si c'est pas tout de suite, peut-être qu'on sera amené à en reparler, soit lui soit moi. Ça c'est plutôt avec les patients réticents. Et sinon si je vois que le patient... je lui explique etc... et je vois qu'il est pas tout à fait euh... et ben euh... c'est là aussi où éventuellement si y'a une information papier ça peut être utile je pense... de lui donner pour lui dire « bah voilà euh... pour l'instant on le renouvelle et je propose que la prochaine fois on en discutera et pendant ce temps-là je vous donne un support d'information. » Je pense que ça... ça peut être assez utile à ce moment-là. Donc c'est bien de se constituer un petit euh... je pense...

E : Un petit stock.

M7 : Mais bon euh...

E : Et euh... y'a des classes médicamenteuses préférées pour déprescrire ? Est-ce que y'a certains médicaments favoris ?

M7 : Ouais y'a des trucs... après je pense aussi que c'est pendant l'internat aussi et notamment à la fac on est très sensibilisé et en même temps dans la vraie vie on voit bien que c'est des choses qui sont prescrites euh... et reconduites surtout sans forcément les remettre en cause... mais oui tout ce qui est psychotropes c'est-à-dire benzodiazépines principalement. Euh... souvent dès le début on essaie de remettre en cause et en fait là aussi on se rend compte que souvent euh... c'est quand même des médicaments qui euh... parfois sont pris depuis très longtemps et c'est difficile de les arrêter d'un seul coup et d'ailleurs c'est pas profitable non plus. Donc euh... ça c'est une classe importante je pense. Euh... après euh... les euh... les anti-dépresseurs, moi j'essaie d'y penser aussi. Sans forcément avec l'idée de les arrêter tout de suite mais juste de comprendre dans quel contexte ça a été prescrit, depuis combien de temps et si jamais ça fait très longtemps, que maintenant ça a l'air d'aller beaucoup mieux et ben euh... souvent je propose « mais euh... est-ce que vous pensez que vous en avez encore besoin ? Et euh... si vous êtes d'accord euh... bah on pourra essayer de diminuer les doses petit à petit. » Donc ça voilà... c'est pas forcément dans l'idée d'arrêter quoi qu'il arrive mais j'essaie d'y penser. Euh... après euh... les statines surtout chez les personnes âgées, ça j'essaie d'y penser parce que là aussi euh... les études ont montré que c'était pas.... Enfin voilà que l'intérêt était très limité chez les personnes âgées qui ont une euh... une espérance de vie qui est plus limitée. Et donc euh... ça j'essaie de les arrêter plus volontiers, euh... voilà euh... ce qui est euh... qu'est-ce que j'avais d'autre en tête là... Après y'a les anti-alzheimers, ça parfois j'aimerais bien les arrêter mais c'est là souvent où y'a des situations où les familles ont souvent des réticences. Et en plus ils sont encore prescrits un peu, enfin ils étaient encore prescrits par les spécialistes aussi, donc euh... ça je trouvais ça plus difficile aussi, même si pour moi euh.... bah ça sert pas à grand-chose...

E : Et pour les benzodiazépines justement... enfin tout le monde dit que c'est hyper compliqué... est-ce que vous avez une expérience de déprescription de benzodiazépines qui a marché ? Ou est-ce que vous avez justement des techniques pour ça vraiment un peu plus particulières ?

M7 : Ouais. Alors euh... j'ai pas tellement eu de succès à mon actif comme ça... Mais euh... je pense que c'est quand même euh... enfin de succès un peu exemplaire comme ça... Mais euh... mais euh... c'était plus aussi des médecins que je remplace qui ont parfois initié des choses dans l'idée de continuer et euh... en diminuant notamment pour les hypnotiques par exemple... en substituant par d'autres molécules euh... et donc voilà, je pense que c'était des pistes mais je pense que j'ai pas tout à fait d'algorithmes un peu fait... Mais euh.....

E : Ça marche. Et est-ce que y'a des choses qui pourraient entraver ou contrarier votre déprescription ?

M7 : Euh... c'est une bonne question. Euh... bah je pense que certaines habitudes sont... c'est... c'est plutôt des habitudes que malheureusement on peut parfois prendre euh... des habitudes de prescriptions qui sont pas forcément remises en cause avec les données de la science ou des choses comme ça. Euh... et c'est souvent ce qu'on voit chez les gens d'ailleurs... enfin chez les médecins plus âgés qu'on remplace. C'est qu'eux ont pris des habitudes et on les remet pas forcément en cause et du coup bah euh... Donc ça c'est un peu embêtant l'habitude... les habitudes de prescription. Euh... et après je dirais peut-être en fait la mmh... peut-être la qualité de travail en fait global. Parce que je pense que quand on est fatigué, quand on a pas le temps, quand on est un peu débordé etc... Bah

forcément c'est un des trucs qui va pàtir euh... parce que ça demande un peu d'effort... déjà soi-même de se dire euh... est-ce que c'est utile ou pas euh... peser la balance bénéfice-risque euh... ensuite il faut en parler un peu au patient euh... voilà. Donc c'est sûr que si on est fatigué et pas bien dans son exercice ça sera plus compliqué. Donc y'a de ça.

E : Le fait que ça prenne du temps, ça vous freine un peu ou...

M7 : Bah... pour certains types de médicaments ouais, c'est un peu plus difficile. Parce que typiquement les benzos, les hypnotiques... on sait bien qu'il faut les faire revenir. Souvent c'est pas facile, parfois on augmente la dose ou... Donc euh... c'est vrai que c'est pas évident ouais.

E : Et euh... les spécialistes ? Vous parliez justement tout à l'heure des bons ou des différents correspondants ?

M7 : Ouais ouais. Oui forcément, je pense que ça peut être un frein après c'est à nous de les choisir aussi. Après encore faut-il avoir un peu le choix et c'est vrai qu'au début quand on commence bah... faut se faire son réseau et c'est vrai que c'est pas... c'est vrai que c'est pas évident. Euh... donc euh... dans un premier temps peut-être que ça peut entraver. Après euh... après euh... j'ai l'espoir et les échos de... d'autres confrères où ça peut être aussi parfois un... Je sais que j'avais une maître de stage qui envoyait à tel médecin quand elle voulait justement euh... essayer de convaincre le patient parce qu'elle savait que ce correspondant-là il allait bien...

E : Ouais bien appuyer...

M7 : Ouais et aller dans son sens donc euh... voilà ça peut aussi avoir un intérêt à ce moment-là. Mais il faut pouvoir avoir son réseau quoi.

E : Ça marche. Ok, bah merci ! Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M7 : Euh... non, mais c'est intéressant ça me donne bien envie de voir le résultat !

Entretien médecin 8 :

E : Donc merci déjà d'avoir accepté de participer. Euh... donc euh... comme je vous ai dit en gros c'est vingt-trente minutes à peu près et le but c'est d'essayer de trouver un peu des petites stratégies des petites recettes qu'ont les médecins qui pratiquent un peu la déprescription. Pour essayer de faire un espèce de guide global... avec les recettes de tous les médecins.

M8 : Donc mes recettes pour la déprescription....

E : Ouais exactement...

M8 : Alors est-ce que j'ai des recettes pour la déprescription...

E : On va en trouver...

M8 : Quand on fait... Je cherche le mot... Quand on essaie de se souvenir, impossible de se souvenir du mot que c'est... euh... de la... de... des principes... des processus intellectuels qu'on utilise pour euh... se remémorer. On va dire la remémorisation mais c'est pas exactement ça que je cherchais ! Euh... alors, quelles recettes j'utilise ? C'est-à-dire quand je me dis « tiens, il faut que je déprescrive » et qu'est-ce que je fais, en me disant... Alors ce... y'a le premier truc : est-ce que je pense à déprescrire ? Euh... bah j'y pense... je sais que je le fais quand j'y pense mais on y pense pas tout le temps. Et parfois on se dit « tiens j'aurais dû le faire » ou on se dit « tiens maintenant... aujourd'hui j'ai le temps, je vais le faire ». Parce que parfois c'est... y'a une question de temps. Ou bien j'écris dans mon dossier « ne pas oublier de revoir ce... ce traitement. » J'écris beaucoup dans les dossiers notamment ce genre de choses : « ce traitement est-il utile ? » Voilà. Et ça veut pas dire... parce que parfois... de l'utilité... ça demande un... euh... il faut revoir vraiment tout le dossier pour savoir si c'est vraiment... si ce traitement est vraiment utile. Et ça m'est arrivé de dire « ce traitement est-il utile ? » et de dire après euh... « oui, en fait il est utile ». Mais parce que ça demandait un peu de travail intellectuel et de recherche dans le dossier pour savoir si c'était euh... utile de le... de continuer de le prescrire.

E : D'accord.

M8 : Alors ensuite quand je suis en situation où je dis « euh... tiens euh... il faut... il faudrait... Ce... ce médicament est-il utile ? » Alors comment je fais parce que si on dit aux gens... Alors on va pas dire aux gens « bon bah celui-là je l'enlève ». Euh... de la même façon que quand on met... quand on dit « celui-là je le mets » on explique pourquoi. Enfin j'explique pourquoi. Le « on » je sais pas qui c'est mais moi j'explique pourquoi et quand je l'enlève aussi j'ai... j'explique pourquoi. Alors euh... généralement c'est pas parce qu'on s'est trompé, c'est parce qu'en fait ça n'a plus lieu d'être. C'est-à-dire voilà : « bah... en fait je revois votre dossier », je dis ce que je fais : « Voilà... donc bah voilà... je revois votre dossier... les médicaments... vous avez... » C'est pas tellement la quantité de médicaments... parfois la quantité de médicament fait qu'on peut y penser plus. Mais on se dit « tiens j'ai lu un article sur ça... tiens j'ai lu ça ou tiens je le sais et puis là je vais le mettre en pratique. » Voilà donc euh... y'a un médicament à euh... X. « Euh... ce médicament-là, je vois... je cherche dans votre dossier pour voir si c'est toujours utile de le prescrire et puis euh... voilà et donc moi je pense qu'il faut le stopper. Ce n'est pas utile parce que vous avez 75 ans et après 75 ans, ça perd... ça peut même être dangereux. Parce que euh... en fait on s'est aperçu que ce médicament ne servait à rien euh... et puis voilà quoi. »

E : Ouais vous vous appuyez du coup un peu sur euh... bah les nouvelles études que vous avez lues ou euh...

M8 : Voilà c'est ça voilà. C'est pas... Et alors parfois justement... alors là c'était une patiente... j'y pense parce que je l'ai vue y'a pas longtemps, qui était sous... sous biphosphonates. Donc euh... j'ai revu au bout de... ça faisait six ans en plus alors que normalement en plus on réévalue au bout de cinq ans. Mais bien sûr on fait un... euh... j'ai écrit dans le dossier « à voir la prochaine fois » voilà. Parce que là j'avais pas le temps et puis là je lui ai dit... bah en fait voilà... en fait ça s'est passé comme ça : c'était au mois de juillet... parce qu'elle habite dans le sud de la France et elle vient me voir. Et en fait elle est venue six mois après et j'avais écrit « à voir la prochaine fois. » Et donc là euh... comme on sait que le traitement des biphosphonates c'est compliqué, je lui ai dit « je n'ai pas la réponse, mais je me renseigne pour vous... pour vous... où est-ce que vous en êtes. » Donc j'ai fait les... j'ai fait le FRAX machin... les trucs, les... le score. Et donc euh... elle est revenue et elle m'a dit... je lui ai dit « bon bah voilà... j'ai refait ça et donc c'est pas utile. » Elle me dit « bah donc j'ai pris le traitement pour rien pendant six ou sept ans ? » Je fais « non parce que c'est en fonction de l'âge, de plein de choses. Et puis là votre densitométrie était pas très bonne à votre âge quand vous étiez plus jeune et maintenant... maintenant ça rentre plus dans les clous. Peut-être que le traitement a eu un effet. En tout cas aujourd'hui ce n'est... ce n'est pas utile. » Et c'est vrai que de toute façon je pense qu'on est vraiment obligé de s'appuyer sur des arguments scientifiques. Et de même quand on prescrit, on s'appuie sur des arguments scientifiques qu'on explique d'une certaine façon suivant les... les personnes. Voilà... y'en a c'est à plus haut degré, d'autres un peu moins. On explique « voilà c'est utile parce que ça protège le cœur ». Et d'autres ils veulent qu'on rentre dans la micro dans la microangiopathie ou la micro-macro-angiopathie et avec des petits schémas et tout ça.

E : Donc vous adaptez un peu votre discours...

M8 : Et on adapte le discours en fonction des... des personnes. Voilà.

E : Comment euh... comment vous fonctionnez un peu justement ? Pour voir un peu quelle patientèle vous avez... Vous travaillez combien de jours au cabinet ? Est-ce que vous arrivez à faire un peu des formations à côté euh... ? Est-ce que vous avez des étudiants ?

M8 : Alors euh... je travaille six jours au cabinet sur sept. Plus une journée de travail administratif le dimanche (rires). Voilà. Ensuite je ne suis pas là 24h/24. C'est que j'ai des étudiants donc euh... j'ai des internes SASPAS et quand je ne suis pas là, ils sont au cabinet. Et euh... et je profite... j'utilise, mais j'enseigne (rires). Euh... voilà et donc euh... bah quand ils sont là... soit parfois je fais des visites ou soit je suis à la fac parce que je suis aussi enseignant à la fac euh... voilà. Alors euh... ça répond à la question ?

E : Ouais.

M8 : Voilà, ça répond à la question. Ensuite est-ce que je fais des formations ? Alors je suis aussi organisateur de formations pour des médecins. Je... j'anime... là récemment j'en ai fait un pour la formation sur la supervision indirecte donc c'est pour la formation des formateurs. Alors en termes de... donc euh... je fais ça beaucoup en... en termes de pédagogie médicale mais pas en termes de... on va dire de biomédicale pure. Je ne vais... je ne vais pas aux formations. C'est normal, je sais tout ! Non (rires) ! Je me forme d'une autre façon qu'avec des séminaires. Je pense que je lis beaucoup de médecine. Je pense qu'il y a essentiellement des revues indépendantes et je me forme comme ça. Je ne valide pas... Mes validations de mon... de mes connaissances sont faites par moi-même (rires) et par les cours aussi. C'est... c'est-à-dire que quand je prépare des cours à la fac euh... bah on est obligé de relire quand même beaucoup beaucoup beaucoup. Quand je fais... je suis tuteur donc quand on lit, quand on corrige des RSCA et que y'a des sujets et bah on relit beaucoup beaucoup beaucoup. Quand on est avec les internes, on... ils nous posent des questions et on relit beaucoup beaucoup beaucoup, voilà. Et donc tout ceci me permet d'avoir une formation biomédicale que je pense être pas trop mal. C'est peut-être prétentieux... je pense que c'est pas trop mal (rires).

E : Quand vous parliez des revues euh... qu'est-ce que vous lisez et euh... notamment que pensez-vous de la revue *Prescrire* ?

M8 : Alors donc euh... je suis abonné à la revue *Prescrire* depuis 1984 (rires). C'est... c'est pas mal, donc ça doit faire... ça fait combien ça 1984 ? Ça fait... Donc ça fait trente-quatre ans... je me suis abonné quand j'étais externe. Et... et j'ai arrêté de la lire quand j'ai commencé à remplacer. Parce que ça m'a trop perturbé dans mon... dans ma compréhension de... et après j'ai... pendant trois ans j'ai fait « mais ça me perturbe trop » et après j'ai repris quand j'ai compris pourquoi ça me perturbait. C'est ça.

E : Et pourquoi ça vous perturbait ?

M8 : Parce que ça remettait tout en cause de ce qu'on m'avait appris à la fac. Et comme nous on avait pas de formation médicale de médecine générale, ça remettait trop en cause. Quand j'ai commencé à remplacer... j'étais interne quand j'ai commencé à remplacer, mais je me suis dit « mais euh... où va... » je me suis retrouvé face à des pathologies « mais où va le monde quoi ! Où je vais ? Je comprends plus rien... » parce que déjà à l'époque c'était ça... ça sert à rien... ça sert à rien, voilà. C'était un peu compliqué.

E : Ça marche. Et euh... comment est-ce que vous avez... qu'est-ce que c'est pour vous la déprescription ? Et comment est-ce que vous l'avez connue ?

M8 : Alors euh... c'est une bonne remarque. Alors comment j'ai connu la déprescription euh... alors justement je pense que c'est en lisant des revues scientifiques, voilà. Et des... enfin des revues indépendantes comme *Prescrire* et *Exercer*. J'ai lu ça plus tard... ça c'est plus quand je suis devenu enseignant que j'ai commencé à lire *Exercer*. Donc il y a aussi quelques années euh... y'a dix ans je crois que je dois lire *Exercer*. Ça fait quinze ans que je suis enseignant et donc ça doit faire dix ans que je lis... que je suis abonné à *Exercer*. Là aussi pareil y'a des choses mais c'est *Prescrire* je pense. Ouais je pense... je sais pas trop entre les deux... probablement *Prescrire* où ils disaient euh... « pas ça... pas ça » et voilà et puis on y va quoi. On y va. Et au départ on pense que c'est impossible.

E : Ouais. Et donc pour vous qu'est-ce que c'est ? Comment est-ce que vous définiriez avec vos euh... voilà avec vos moyens la déprescription ?

M8 : Alors c'est vrai... alors mes moyens de déprescription... Alors j'ai appris aussi à remettre en doute euh... toutes les recommandations.

E : D'accord.

M8 : Voilà. Qui nous poussent à faire des choses comme ça. Donc en ayant un peu d'expérience et de lecture... de comparer les recommandations, les lectures critiques des articles... voilà, tout ça. Mais je me dis... y'a quelque chose qui va pas donc je me fie plutôt aux organismes indépendants qui ne disent pas comme les recommandations et donc euh... voilà. Et à partir de là, c'est vrai que mes premières... les grandes déprescriptions ou changements ou réellement de... de conduite à tenir même dans les prescriptions et puis après la déprescription euh... ça a été des efforts psychiques super intenses. En se disant « mais qu'est-ce que je vais faire et si... et si... » En fait parce qu'on a l'impression qu'on est

plus actif quand on prescrit. Et on est beaucoup plus actif quand on prescrit pas. Parce que ça demande de... des explications plus importantes pour les gens que de donner une réponse assez facile d'un coup de stylo parce que là il faut rentrer dans quelque chose. La question c'était ?

E : Euh... comment vous définirez la déprescription ?

M8 : Alors je la définirais... non c'est intéressant... alors euh... comme un effort intellectuel se fondant sur euh... une médecine indépendante (rires). Parce que si on écoute euh... les... les recommandations... les experts c'est pas du tout... c'est autre chose. D'ailleurs l'autre fois j'ai... y'a la chef de service de diabète qui m'appelle et qui me dit « oui j'ai vu une patiente elle m'a dit que tu voulais pas prescrire le Trulicity [dulaglutide]. » Je fais « bah non, voilà ! Pourquoi ? Bah parce qu'où sont les preuves de son efficacité ? Ouais mais moi j'ai été au congrès et j'ai vu ça. Oui mais t'as été au congrès mais moi j'ai lu autre chose. » Je lui dis « par contre je serais très content de... » Alors je lui explique... je lui dis « ça a pas prouvé ça... ça a pas prouvé ça. » Et elle me dit « ouais, mais au... » Je lui dis « oui en congrès ils le disent » et donc je lui dis « envoie- moi les articles qui montrent que c'est efficace et moi je t'enverrais autre chose ». J'attends toujours, voilà. Mais elle dit « ouais mais on va être obligé de revoir toutes nos prescriptions ». Je dis « je suis entièrement d'accord avec toi » (rires). Et c'est vrai que je me... j'ai voilà euh... et c'est un peu compliqué quand même parce que c'est des gens qui sont juste à côté quoi, avec qui on travaille mais avec lesquels peut-être je vais moins travailler. Donc ça remet... ça se met dans la déprescription. Y'a aussi une question de danger, parce que parfois on peut se sentir très isolé dans la déprescription. Surtout dans la déprescription... les miennes ça... ça va, mais la déprescription des autres praticiens euh... spécialistes où là c'est... c'est lourdingue quoi.

E : Ouais. Les spécialistes peuvent un peu contrarier votre déprescription ? Ou y'en a qui ont justement... qui vous aident un peu ?

M8 : Bien sûr, bien sûr. Alors y'en a... alors moi je travaille beaucoup avec des spécialistes qui me disent « voilà ce que je te propose comme traitement ». Des cardios, des rhumatos, des... ce que tu veux. Parce que moi je leur écris « je suis pas d'accord avec ton traitement. Arrête de... arrêtez de prescrire des médicaments inutiles. » Et puis je leur mets des références d'articles. Donc voilà, c'est euh... et pas seulement à côté... c'est-à-dire surtout aux experts des CHU, les chefs de service, j'ai pleins de courriers comme ça. Ils me disent n'importe quoi, je leur dis non et je réponds et puis ils me disent « bon d'accord on arrête. »

E : Ouais... donc la persévérance ça marche.

M8 : Oui oui. Mais franchement la persévérance... je sais pas... y'a Médecin 19 récemment qui est diabète à... à Hôpital 1, on s'est accroché quoi. Et puis finalement il a dit non euh... je lui ai envoyé tous les articles qui prouvaient exactement le contraire de ce qu'il me disait quoi. Et il me disait « bah ouais mais bon euh... » parce qu'il a besoin de prescrire quoi, c'est son truc. C'était des statines euh... chez une diabétique qui était dialysée alors que toutes les études prouvent que ça sert à rien... toutes! Et lui voulait la prescrire, donc je lui envoie les références et puis c'est pas des trucs qui datent de y'a quinze jours quoi! Voilà de toute façon ça marche pas, voilà... on est au-delà de ces trucs là... voilà donc alors euh... dans... dans la définition c'est euh... effort psychologique, ça prend du temps, euh... mais c'est très gratifiant. Enfin moi je trouve que c'est gratifiant parce que... mais on se met en danger quand même. Parce que c'est... voilà, c'est la définition de la déprescription. Et pour le bénéfice du patient. Voilà... qu'est-ce que je pourrais dire d'autres comme truc super intelligent...

E : C'est déjà pas mal !

M8 : Et donc c'est vrai qu'avec les internes, on essaie aussi. Et puis alors aussi dans mon rôle d'enseignant, j'essaie de le faire avec des internes. Alors y'en a pour qui c'est facile... d'autres qui sont plus prescripteurs de trucs pfff... mais voilà. Et on demande après pourquoi mais euh... mais le fond ouais, ils apprennent petit à petit quoi.

E : Vous parlez de la manière dont vous abordez le sujet dans la convers... enfin dans la consultation. C'est plutôt au début... à la fin ?

M8 : Non c'est à la fin, c'est au moment de la prescription. Alors justement en fait il faut l'anticiper, c'est... Il faut essayer. Il faut pas être en fin de consultation parce que c'était ce qui se passait mettons avec cette patiente-là. Mais que j'ai revue... mais y'a peu de temps. C'est en fin de consultation où je fais... en fait c'est un effort aussi, je fais l'ordonnance, je prescris. Et puis en fait « mais depuis quand elle l'a ? » Voilà, en fait c'est... c'est... au départ je sais pas si je l'avais fait donc je... C'était au mois de juillet, je regarde, je dis « bah non... donc en fait ça fait six ans que vous avez... » Je me demande si c'était pas... même sept ans quoi enfin... voilà. Enfin c'était plus de cinq ans selon les recommandations. En plus on sait même pas ce qu'on doit faire... enfin voilà... Au bout de cinq ans on réévalue et puis après on fait quoi ? Bah on réévalue ! D'accord très bien merci la réponse ... Et donc c'était... et donc là je me suis posé la question en fin de consultation. Et je voulais pas recommencer une consultation parce que la consultation avait été quand même... avait été un petit peu longue parce qu'on avait parlé d'autres choses. C'est pour ça je lui ai dit... c'est pour ça que j'ai noté... on se voit. Et quand elle est revenue, c'était dans l'en-tête de... de la consultation. Voilà, c'était pas à la fin comme... comme au mois de juillet mais c'était... je suis arrivé au bout et je me dis « au fait pourquoi. »

E : Donc ça permet de l'aborder un peu à la fin de la... d'une consultation en disant « on va en reparler la prochaine fois ? »

M8 : Voilà. Mais sinon c'est vrai que c'est souvent un truc où je dis... faut-il... je leur dis « tiens là, je me pose la question : faut-il continuer la statine ? faut-il continuer ce traitement? faut-il ça et ça ? »

E : Et euh... comment ils réagissent ?

M8 : Ah ouais... très... très bonne... « Vous... vous croyez ? » ou « très bien ! » Y'en a, ils me disent « euh... ouais d'accord, vous me direz ! » Donc euh... mettons je prends l'exemple: 85 ans, prévention primaire sous... sous statine. Je dis « bah je pense que c'est pas... on en reparlera... ah ouais d'accord » et donc euh... je dis « bah on arrête la statine. De toute façon on recontrôle mon cholestérol dans trois mois ? Bah non ! Bah non, justement on le recontrôle pas. Euh... parce que euh... on sait pas... à priori ça sert à rien... Ouais mais... Ouais mais... Ouais mais... ah non... non moi je préfère le garder. » Ensuite si le patient se sent en sécurité, je vais pas briser des barrières psychiques en disant... bah c'est pas très très grave. Il est bien toléré, y'a... on a pas montré d'effet indésirable notoire avec ce type de traitement sauf que là ce serait inutile de le prescrire voilà. Si le médicament est délétère, là c'est sûr je vais pas le... je vais pas...

E : Est-ce que vous avez des... des appuis des supports en consultation euh... vous leur montrez des choses sur l'ordinateur? vous avez des... ?

M8 : Pour la déprescription ? Euh... non je sais pas euh... Alors effectivement y'en a où il faut vraiment appuyer le... le sujet. Oui effectivement on peut aller chercher mais je... pour la déprescription... je réfléchis... Si si y'en a. C'est style « regardez, voilà sur *Prescrire*... » Si en fait je l'ai fait, voilà. « Mais vous êtes sûr ? » Ouais parce que faut aussi euh... c'est comme euh... voilà. « Vous êtes sûr ? Oui voilà... c'est pas moi qui l'invente. Voyez y'a des documents qui le montrent. » C'est comme nous quand on est enseignant on peut dire des choses aux étudiants mais après ils aiment bien parfois avoir un PowerPoint ou...

E : Vérifier...

M8 : Pour vérifier ce qui est utile. On leur apprend aussi à vérifier donc c'est bien qu'ils puissent véri... vérifier pour ça et que... parce qu'on pourrait penser que le médecin invente au fur et à mesure quoi. Parce que parfois ça arrive que les médecins inventent au fur et à mesure. Voilà donc il se peut que j'appuie... voilà, disons que si je dois le faire ça ne gêne pas. Voilà... et puis j'ai... bon j'ai sur l'ordi des... mais j'utilise fréquemment l'ordinateur pour expliquer des choses.

E : Et est-ce que vous avez des classes médicamenteuses préférées pour déprescrire ?

M8 : Euh... alors oui alors donc l'autre chose dans la déprescription... Y'a des déprescriptions qui vont de soi : c'est-à-dire diabète parfaitement bien équilibré avec une hémoglobine glyquée à 5,9%. « Je pense qu'on pourrait arrêter un médicament. Voilà est-ce que vous êtes d'accord ? Et je pense que ce serait plutôt celui-là... on va plutôt garder mettons la Metformine parce que voilà ». Et donc ça ce sont

des... des déprescriptions aisées. Et d'autres déprescriptions... quand y'a un effet indésirable euh... mettons une insuffisance rénale qui apparaît et qu'on peut plus mettre ces médicaments, ça c'est... ça c'est assez facile. Parce que si c'est très palpable par le patient... parce que là ça va pas... ou perturbation du bilan hépatique... ça c'est parce qu'ils comprennent que c'est délétère pour leur corps parce que y'a des produits... C'est l'inutilité qu'ils comprennent moins bien. Donc euh... il y a ça... donc il y a ces déprescriptions faciles. Et la question c'était ?

E : Quel est euh... est-ce que vous avez des classes médicamenteuses préférées ?

M8 : Oui alors euh... c'est surtout euh... des... des médicaments qui sont « en prévention de ». C'est-à-dire en prévention de... une statine en prévention d'un infarctus ou d'une maladie cardio-vasculaire. Euh... on traite euh... l'hypertension en prévention d'un... d'un accident euh... dû à l'hypertension. Mais y'a des... parfois on peut donner des médicaments anti-hypertenseurs qui n'ont pas prouvé leur efficacité dans la morbi-mortalité cardiovasculaire. Euh... je donne euh... de euh... du calcium-vitamine D en prévention d'une éventuelle fracture voilà... Voilà c'est des... voilà c'est surtout ces médicaments. Alors maintenant je vais avoir un gros... un gros problème c'est euh... c'est les inhibiteurs de la pompe à protons. Pfff... (rires). Y'a deux jours, y'a... bah c'était dans *Prescrire* d'ailleurs, ils ont ressorti ça euh... c'est un truc dont on parlait et puis euh... va falloir y aller là. Ça va être très dur. Voilà donc c'est des médicaments qui sont donnés « en prévention de ». Et y'en a beaucoup qui sortent de l'hôpital avec euh... avec de l'Inipomp [pantoprazole] en prévention d'un... d'un éventuel effet iatrogène euh... du Plavix [clopidogrel]. Et puis de... et puis du Kardégic [aspirine] et puis de ceci... cela voilà. Et donc voilà c'est surtout ça... c'est surtout ça.

E : Et les benzodiazépines ?

M8 : Les benzodiazépines ? Alors... ah oui... tiens c'est vrai, j'ai pas vu le sujet...

E : C'est un sujet... tout le monde dit « c'est hyper compliqué... c'est impossible... on y arrive jamais... » Comment est-ce que vous... vous gérer vos patients sous benzo ?

M8 : Alors, déjà... alors il y a la première prescription que je gère en disant « attention... voilà, on fait ça... on fait ça, mais bien sûr il faut éviter... » Sur l'ordonnance c'est euh... mettons deux à trois fois par semaine ou trois-quatre fois par semaine... mettons... on va dire pour les hypnotiques et je tiens à... je regarde quand est-ce qu'ils sont... y'en a d'autres... y'en a une d'ailleurs c'est un excellent sujet pour les internes. Ils la voient tous et ils disent... et leur objectif c'est « essaie de la sevrer de son Lexomil [bromazépam] ». Et maintenant elle a un discours qui est bien rodé : « je sais que je suis addict, je sais que ceci. Je sais que ça peut se répercuter sur euh... sur ma vie euh... intellectuelle et que ça peut aggraver euh... une maladie euh... neuro-dégénérative ou enclencher ... je sais tout ça, mais euh... je vis comme ça. »

E : Ouais et là ces patients comme ça... là c'est pas possible quoi...

M8 : Voilà... voilà, on est euh... on est quinze médecins, moi et les internes... Les internes et moi avons réessayé... et puis ça marche pas... alors euh... pour les benzo euh... effectivement et alors oui aussi les traitements antidépresseurs... on en lance peu... on s'arrête. Voilà là aussi, il faut... faut être réactif parce qu'on les a prévenus à l'avance que... y'a tout le travail en amont en disant « euh... voilà je donne pour tant de temps et après on revoit ». J'ai l'impression... alors je pense que j'ai dû prescrire beaucoup de... de benzos euh... comme ça voilà « bah vous êtes stressé » mais sans avoir les précautions... enfin les garde-fous qu'on peut dire maintenant... que je peux dire maintenant. Mais euh... j'ai pas l'impression que ça me pose très... euh... beaucoup de soucis pour ça.

E : Vous êtes arrivé à les arrêter souvent euh... ?

M8 : Alors j'ai pas euh...

E : Ou alors ils reviennent pas ?

M8 : Ou alors ils reviennent pas, mais j'ai pas l'impression que ça me pose souci d'aborder et que ce soit trop difficile à sevrer.

E : Top, super. Dernière question parce que je vois que... voilà : qu'est-ce qui pourrait euh... entraver ou contrarier votre déprescription ? Vous m'avez parlé du temps tout à l'heure... est-ce que...

M8 : Ouais c'est ça mais ensuite... ouais c'est ça... Mais en fait on s'aperçoit que le... c'est la fin de la consultation, on s'aperçoit qu'il faut stopper parce que ça nécessite des explications longues. Donc c'est le reporter et c'est bon allez... faut le noter dans le dossier. Mais... et après tu le mets en... en tête, voilà : « on va parler à la fin de... c'est... vous venez pourquoi ? Ceci, cela... Et moi je voulais vous... vous parler de ça. Mais on parle d'abord de votre sujet puis moi j'aborderais le sujet à la fin ». Généralement tous ces patients-là, moi j'ai des consultations longues de trente minutes... c'est euh... c'est la plupart de mes consults. Et puis après des petites courtes.

E : Donc ça ne contrarie pas fina... pas tellement finalement...

M8 : Bah si ouais, c'est... c'est ce que... c'est que ça mobilise quand même des ressources psychologiques assez importantes et c'est fatiguant hein. A la fin d'une déprescription, je trouve que c'est... qu'on est plutôt fatigué. Et puis y'a toujours un petit truc derrière. Et tu te rends compte si tu arrêtes le traitement et si juste quand tu sors... juste quand il sort... ou une semaine après il se fait son infarct quoi... Bien sûr je me sentirais pas coupable mais on a une vision des... des gens qui vont dire : « tiens t'as vu, il lui a dit d'arrêter le traitement et il est mort... » Mais bon c'est...

E : Ça marche.

M8 : Mais euh... redis-moi la question ?

E : C'est ce qui contrarie ou ce qui... ce qui entrave un peu... dans votre déprescription...

M8 : Alors...

E : Ça peut être rien hein (rires).

M8 : Alors non... parce que je pense que y'a euh... y'a le patient qui peut dire ça... y'a le... y'a le prescripteur... les autres prescripteurs qui peuvent dire ça... Et les seuls... moi je suis très à l'aise avec ça en disant « mais je suis pas du tout d'accord avec ce traitement et je ne le prescrirais pas. » Et puis alors j'ai été très content qu'ils m'appellent en disant « comment ça, tu ne prescris... ? » Et de lui expliquer c'était super bien ! Voilà. Ouais parce que... et aussi c'est que les médecins ne se gênent pas pour changer nos prescriptions et de proposer d'autres choses. Et je vois pas pourquoi... alors ils vont dire « oui mais nous, on est plus expert. » C'est bien ce que je te reproche. Non je déconne (rires). Voilà mais je... mais j'entends...

E : La communication...

M8 : Voilà mais j'entends leurs... leurs arguments et voilà. Alors c'est vrai qu'on avait le truc avec euh... récemment avec euh... les médicaments qu'on donnait pour la maladie d'Alzheimer. Déjà moi je déprescrivais déjà avant. Les neurologues disaient « malheureusement euh... ça va être déprescrit euh... ça va être déremboursé donc je n'aurais plus rien à lui proposer ». C'est pas bien grave voilà. Ou la famille qui me dit « euh... c'est remboursé ? Oui ? Bah alors on continue. » Parce que y'a des patients déments... tu demandes à la famille. « Voilà... voilà ce que je vous propose. C'est remboursé ? Oui ? Bah c'est pas grave. » Le jour où ça a été déremboursé, ils ont dit « euh... bah non... on arrête ! »

E : Là du coup, vous étiez content !

M8 : Voilà. Bah content... parce que ça veut dire que ton... que leur... mais bon tu comprends que les gens quand tu prescris... Mais voilà... et puis ils se disent « bah si c'est remboursé, ça veut dire que c'est efficace » et c'est pas forcément... c'est pas toujours vrai.

E : Ok. Super.

M8 : Bien.

E : Bah merci beaucoup ! Vous avez quelque chose à rajouter ?

M8 : Euh... bah non !

Entretien médecin 9 :

E : Alors donc... merci déjà de participer à cette étude. Donc ça va durer vingt-trente minutes maximum. Euh... le sujet c'est donc euh... essayer de comprendre un peu les petites recettes, les petits moyens qu'ont les médecins déprescripteurs euh... voilà. Donc euh... je vais vous poser quelques questions et normalement le but c'est après de réussir à faire un guide global pour aider les jeunes médecins à déprescrire. Donc euh... d'abord comment est-ce que vous définiriez votre pratique ? Comment vous jonglez avec la fac, le... votre cabinet, des formations éventuelles ?

M9 : Bah... écoutez, moi j'ai toujours mes trois temps pleins. J'ai un temps plein au cabinet euh... de soins, j'ai un temps plein ici... bon c'est pas un temps plein mais je suis là tous les mardis et tous les jeudis et j'ai un temps plein recherche. Et j'ai déposé même deux projets de recherche euh... avant le quinze mars. Donc euh... voilà, j'ai toujours eu trois temps pleins.

E : Et est-ce que vous avez des étudiants... des internes euh... des externes ?

M9 : Alors j'ai deux internes. J'ai un interne qui travaille en ce moment qui est une SASPAS et j'ai un interne de niveau 1. J'ai un interne... donc le SASPAS c'est le mardi et le jeudi puisque c'est les jours où je suis à la fac et puis euh... le mercredi et le vendredi avec un niveau 1. Mais je prends plus d'externe, j'ai plus de temps. Le cabinet étant ce qu'il est, c'est difficile. Et je dirige pleins de thèses.

E : Bien sûr. Est-ce que vous assistez à des formations euh... ? des revues euh... ?

M9 : Je fais des formations. Ouais je fais des formations euh... sur la relation avec les sociétés médicales Balint. Je fais des formations sur l'addiction avec un organisme qui s'appelle le RESAB. Euh... et je fais euh... c'est déjà pas mal comme formations. Je vais aux congrès. Là je sais que je vais modérer une séance au congrès de médecine générale euh... à Paris au mois d'avril. Et puis je suis relecteur de *Prescrire*.

E : Et comment est-ce que vous... vous définiriez la déprescription ?

M9 : La déprescription ? Bah c'est... ça part du principe... D'abord on part du principe que les internes sur l'ordinateur... quand quelqu'un vient pour renouveler un traitement, ils mettent RO : Renouvellement d'Ordonnance. Donc je leur inculque que c'est pas RO, c'est réexamen d'ordonnance, voilà. Il faut prendre chaque médicament un par un: « est-ce que ça... ça sert encore à quelque chose ? Pourquoi on vous l'a donné ? » Et là, on se rend compte qu'on sait même plus pourquoi on l'a donné. Comme l'ésoméprazole... Donc du coup je... voilà, pour moi ça part du principe du réexamen de l'ordonnance : RO.

E : Et comment est-ce que vous avez connu ce concept ?

M9 : Bah j'en sais rien. Y'a des trucs que j'invente et je sais pas. Y'en a qui vous en ont parlé du RO : réexamen ?

E : Ouais, bien sûr.

M9 : Bon. Alors je pense que c'est Queneau, le professeur Queneau. Vous connaissez ?

E : Ouais bien sûr.

M9 : Qui a été le premier à euh... parler de la déprescription. L'ancien doyen de Saint-Etienne, professeur de thérapeutique. Voilà donc je pense que c'est peut-être Queneau qui... Mais ça fait dix ans, quinze ans. Et après y'a eu Jamouille, le belge, qui nous a fait un topo passionnant sur la prévention quaternaire. Mais il y a eu Queneau avant. Si vous voulez l'historique. Mais Queneau, il a 80 ans.

E : Et euh... le... le mot déprescription effectivement c'est Queneau qui l'a inventé. Mais avant, vous vous intéressiez quand même à... ?

M9 : Bah avant je travaillais sur le sevrage... je travaillais sur le sevrage euh... depuis euh... Bah je suis enseignant dans cette Faculté 3 depuis 2000... où j'ai commencé à prendre un poste, c'est en 2000. Où j'ai commencé à faire des topos sur le sevrage des benzodiazépines. C'est lié à la déprescription. Donc c'est là que j'ai dû commencer. Mais on appelait pas ça déprescription, ça s'appelait sevrage... des benzos... des B-Z-D.

E : Et alors du coup le sevrage des benzos... comment est-ce que... est-ce que vous avez des techniques spécifiques pour euh... aider les patients à... à se sevrer de benzodiazépines ? Parce que c'est... c'est vraiment la classe médicamenteuse où tout le monde dit que c'est très difficile et quasiment impossible d'arriver à sevrer ces patients.

M9 : Bah euh... il faut déjà faire un diagnostic de pourquoi ils le prennent. Et vous serez surprise de voir qu'un certain nombre de patients, ils ne savent plus pourquoi ils le prennent. Que « les somnifères bah... j'ai toujours pris ça. J'ai essayé d'arrêter, je peux pas. » Parce que s'ils prenaient ces médicaments parce qu'ils ont eu un épisode de vie stressant euh... avec un divorce, du chômage euh... un deuil euh... y'a vingt ans. Bah on leur a donné une benzo et puis depuis, ils ont jamais arrêté. Donc si l'épisode il est plus là... si là on peut faire prendre conscience au patient qu'il n'a plus de raison de prendre le médicament... Après il va vous dire « j'ai essayé d'arrêter mais je peux pas. » A ce moment-là c'est votre boulot de dire « écoutez si vous voulez, on peut se donner six mois... un an pour essayer d'arrêter. Y'a des techniques et on y arrive, neuf fois sur dix. » Ça c'est une technique, de dire neuf fois sur dix. Parce que j'ai pas de statistiques... neuf fois sur dix ça marche bien. Vous avez l'effet euh... qui favorise euh... ça marchera encore mieux. Donc voilà... donc je euh... bah les techniques y'en a plein hein. Vous passez aux gouttes. Faut déjà que le patient il soit motivé. C'est la première chose. S'il est pas motivé, ça sert à rien. Si vous lui dites « faut arrêter, c'est très mauvais... » Après vous lui faites une balance décisionnelle : « Qu'est-ce que ça vous apporte de positif de continuer ? Qu'est-ce que ça vous apporte de positif d'arrêter ? Qu'est-ce que ça vous apporte de négatif de continuer ? Qu'est-ce que ça vous apporte de négatif d'arrêter ? » Y'a quatre trucs. Ça se recoupe un peu parfois. Et ça leur permet de prendre conscience que euh... bah de voir... d'écrire... de voir que finalement c'est pas une mauvaise idée d'arrêter. Une fois qu'ils sont motivés, on les aide. On diminue très lentement. Les gouttes de Prazépan ça marche bien. Vous connaissez ?

E : Ouais. Vous nous en aviez parlé d'ailleurs en cours je crois.

M9 : Ah bon... bah je vais pas vous refaire un cours.

E : Bah non, mais effectivement je pense que c'est le moment où ça m'a intéressée parce que j'ai vu que c'était possible.

M9 : Bah oui c'est possible. Mais il faut que le patient soit motivé mais pour ça c'est toujours le même problème. Mais donc ça marche bien avec les gouttes. Petit à petit... ils sont très contents en plus.

E : Vous les diminuez d'une goutte par semaine... ou par mois ?

M9 : Oui oui, il faut que l'objectif soit réaliste pour qu'il soit réalisable. Je leur dis : « là vous êtes à dix gouttes ou à quinze gouttes... ça serait quoi pour vous l'objectif ? On se revoit dans un mois... ça serait quoi, une goutte en moins ? » Je commence toujours par petit, parce que ça c'est toujours possible. C'est les patients qui disent « bah non je peux essayer deux gouttes. » Et puis on essaie comme ça. Il faut pas culpabiliser s'ils y arrivent pas et il faut les encourager quand ils y arrivent. Même s'ils y arrivent que d'une goutte. Mais dès qu'ils sont motivés, ça se passe très bien. Ils vont beaucoup plus vite que ce qu'on croit. Parce qu'on y arrive.

E : Et vos démarches de déprescription elles ont évolué au cours du temps ?

M9 : Oui, elles ont évolué parce que d'abord j'ai formalisé un peu ce que je vous dis là... à force d'en parler. Donc euh... mais je sais pas si... je l'avais écrit dans un polycopié mais je l'ai pas publié. Mais je l'ai écrit dans un polycopié. Je fais plein de poly dans cette fac que j'ai jamais publiés, mais bon. Et... et voilà. Donc ça évolue en fonction de ce que j'entends, en fonction de ce qu'on nous dit. De ce que les... ce qu'on me renvoie... des étudiants. Ils disent « ah pourquoi vous dites pas ça ? » et je dis « ah c'est pas bête ! » et puis je l'incorpore. Je suis une éponge.

E : Et comment est-ce que vous abordez la... la déprescription avec votre patient ? Quelle est votre phrase d'accroche ? A quel moment de la consultation ?

M9 : Je sais pas. Quand je fais l'ordonnance en général... Après y'a une période où c'était difficile... c'est un peu plus facile maintenant, parce que ça a évolué. Ils ont tous entendu parler que l'Alzheimer est favorisé par certains médicaments. Ils savent pas lesquels. Ils disent « et ce que je prends là, ça favorise l'Alzheimer ? » Bon quand on... quand ils me disent la Venlafaxine, bah... ça a pas été montré

en tout cas. Donc euh... par contre les benzos à priori ça a été montré. Donc euh... c'est souvent les patients qui peuvent aborder le problème. Et quand... quand je remplis l'ordonnance, j'ai... ils me disent « et puis le Zopiclone » ou le Zolpidem... Bon le Zolpidem maintenant c'est passé sur euh... ordonnance sécurisée donc c'est... c'est différent. Mais Zopiclone je leur dis bon euh... je leur dis « Zopiclone... Ça fait combien de temps que vous prenez ça ? Vous en avez peut-être plus besoin ? Pourquoi vous le prenez ? » Quand j'écris, je le fais de façon naturelle.

E : Et est-ce que vous profitez de moments spécifiques par exemple en sortie d'hospitalisation... quand ils ont des médicaments qui ont été enlevés ou rajoutés ?

M9 : Alors ça peut aider... ça peut aider. Parce que c'est vrai que souvent... vous avez raison, les patients souvent... Ils sortent de l'hôpital... ils reviennent me voir après en disant : « vous savez j'ai pas pris ce qu'on m'a donné à l'hôpital, j'ai repris votre ordonnance... » Bon voilà... donc ça peut aider, le fait de... de revoir un petit peu. Le problème de l'hôpital, c'est qu'ils arrêtent tout ! Et ils prennent pas le temps. « Bon ça c'est pas bon, on arrête. » Ça marche pas ! Donc euh... il faut préparer les patients, parce qu'ils... c'est le petit comprimé blanc, ça fait partie de leur vie. C'est pour ça qu'ils aiment pas les génériques, ils ne reconnaissent plus rien. Leurs petites coutumes là... ça les dérange.

E : Et euh... est-ce que le... avec des nouveaux patients, c'est plus facile ? Ou vous profitez d'une première consultation pour leur dire euh... dès le début euh... ?

M9 : Alors non moi je le dis jamais dès le début, je crois pas. Je critique jamais les ordonnances des confrères. C'est un principe. Je peux marquer une surprise. [...] Bon voilà donc euh... les ordonnances elles sont ce qu'elles sont. Et les nouveaux patients qui viennent parce que leurs médecins ont pris leur retraite... parce qu'ils sont pas contents du médecin... parce que pour des tas de raisons. Je demande d'ailleurs toujours pourquoi quand ils sont pas contents. Qu'est-ce qui s'est passé ? Pour pas refaire la même erreur ou pour comprendre le fonctionnement du patient. Parce que souvent le patient, il critique un truc que je trouve pas critiquable. Donc c'est toujours intéressant. Mais personnellement je critique pas euh... Mais par contre je peux euh... j'ai d'autres ordonnances, je peux dire euh... « écoutez euh... moi personnellement d'un point de vue médical, cette ordonnance me dérange. » Je fais comme ça quoi. Mais bon, j'en ai plein d'ordonnances qui me dérangent.

E : Est-ce que vous avez des supports en consultation ou en salle d'attente euh... des... des appuis pour appuyer votre déprescription ? C'est plutôt le discours qui...

M9 : Non, dans mon cabinet y'a que des tableaux comme ici. Y'a pas du tout « attention fumer tue » Non non y'a aucun truc de médecine. Il faut que les gens, ils soient détendus. Ça fait monter la tension de voir des trucs comme ça. Puis faut se vacciner, puis faut faire ci, faut faire ça. Non, moi je suis très cool par rapport à ça. Même si là, l'entretien... l'intervention brève est très importante. Mais je préfère le faire avec humour : « Il paraît que vous avez arrêté de fumer ? C'est une très bonne idée. Ah bon qui vous a dit ça ? » C'est une intervention brève !

E : Exactement.

M9 : « Et bah écoutez, si un jour vous avez envie, bah on pourra vous aider. Bon alors qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? »

E : Oui... mine de rien, ça reste dans leur tête quand même.

M9 : Ouais, c'est une intervention brève. Mais c'est important parce que par expérience, les patients ils reviennent un an après... deux ans après... six mois après : « Un jour vous m'avez dit en vous marrant que... bah euh... qu'est-ce que vous me proposez pour arrêter de fumer ? » Bah voilà, un traitement... Les déprescriptions, je vais vous dire, les ordonnances où je vois le plus... où il faudrait déprescrire c'est les ordonnances de psychiatres. Certains psychiatres, c'est hallucinant. J'ai un psychiatre dans mon quartier qui est d'ailleurs un de mes patients. J'irais pas le voir comme psychiatre. Qui euh... qui fait des ordonnances hallucinantes. Hallucinantes : y'a deux IRS, y'a un troisième d'une autre famille, y'a trois anxiolytiques, deux neuroleptiques. Et puis il me les envoie en disant : « j'ai beau augmenter les médicaments, il continue à boire. » Je lui dis : « bah oui, mais c'est pas les bons. Ça sert à rien. »

E : Et ça vous arrive justement de lui proposer de diminuer certains médicaments quand c'est vos patients ?

M9 : Bien sûr. Oui ça m'arrive mais toujours euh... je lui laisse une porte de sortie pour ne pas le... « Je vais lui donner un traitement, ce qui permettra peut-être de diminuer les autres médicaments. » Ou bien ce que j'ai fait récemment, j'ai dit « écoute euh... » c'est une copine à moi qui est psychiatre. Je lui ai dit « là j'introduis un médicament qui peut modifier l'espace QT. Mon patient il a... notre patient il a l'espace QT un peu limite, est-ce que tu crois pas que tu pourrais donner un neuroleptique en moins, par rapport à cet espace QT ? Si tu peux pas... tu peux pas ! » Voilà, je lui laisse une porte de sortie. Je lui dis pas « il faut arrêter. » Il faut privilégier l'ego des... comment dire... euh... faut protéger l'ego des... des confrères.

E : Et donc ce que vous dites c'est que les autres spécialistes, c'est pas forcément une aide en tout cas sur la déprescription ? C'est plutôt...

M9 : Ça peut être une aide ! Ça peut être une aide. Quand un patient vient me voir en me disant « il m'a dit que ça sert à rien ce que je prends. » Ça peut être une aide de dire « c'est pas que ça sert à rien, mais c'est pas obligatoire. » On peut dire ça comme ça. Tout est dans le langage, dans la façon dont on dit les choses. En plus si je dis « ça sert à rien » et que c'est moi qui l'ai prescrit, c'est toujours un peu embêtant hein. « Alors pourquoi vous me l'avez prescrit ? Parce que vous me l'avez demandé ! » On va pas s'en sortir ! Non c'est pas obligatoire mais euh... c'est vrai que c'est pas obligatoire. C'est le problème de... de nécessaire mais pas suffisant. C'est suffisant mais pas nécessaire. Tout ce que vous voulez... C'est des médicaments qui sont « de confort » on va dire. Voilà donc euh... et ceux-là je pense qu'on peut les déprescrire. Y'a des médicaments qu'on essaie de déprescrire et c'est une catastrophe parce que y'a des patients qui sont très attachés à leurs médicaments. C'est pour ça qu'ils doivent être motivés. Ils ont deux antidépresseurs alors qu'ils vont très bien. On peut imaginer qu'on peut essayer d'en supprimer un. Petit à petit... de diminuer.

E : Est-ce que vous avez la même attitude avec tous vos patients ? Ou est-ce que vous adaptez votre discours selon leur... leur compréhension ?

M9 : Centré-patient. Ça dépend des patients. Ceux qui sont obsessionnels, ça sera pas la même façon que ceux qui sont artistes... que ceux qui sont un peu dans la lune. Un obsessionnel qui me demande euh... « est-ce que... est-ce que je dois le prendre dix minutes avant de manger ou un quart d'heure après ? » Euh... si je lui dis « on s'en fout, ça se mélange dans l'estomac » ça va pas le faire ! Il va aller voir l'homéopathe justement. Qui va lui dire « un globule rouge trois minutes avant. Et il faut bien secouer trois fois celui-là, de gauche à droite. Et puis le globule d'après le repas, c'est de haut en bas. » La magie quoi ! Donc chaque patient fonctionne euh... de l'endroit où il se trouve dans la relation, il aura une attitude de ma part différente. On a fait le cours... ça vous l'avez entendu ça... sur les trois espaces ?

E : Si.

M9 : Voilà. En fonction de l'espace où il est... quand le patient me dit « c'est vous le docteur » bah je vais faire de la magie. Je vais gérer tout pour lui et je vais dire « ça faut prendre... ça faut pas le prendre... vous arrêtez ça. » Ça va être très... très ferme. Et puis quelqu'un qui est autonome, troisième espace, ça va être plus compliqué. Va falloir que ce soit plus motivé, expliqué, discuté... Alors un prof... c'est terrible les enseignants. Donc voyez y'a les obsessionnels, les enseignants, les enfants, les adolescents, les adultes. Chacun est différent.

E : Et la réaction aussi est très différente ? Comment ils réagissent quand vous leur proposez une déprescription ?

M9 : Ça dépend des personnalités. Bah c'est plus facile maintenant quand même... mais il fut un temps où un bon médecin, c'est celui qui donnait pleins de médicaments. Maintenant à la limite un bon médecin, c'est celui qui en donne le moins possible.

E : Et ça... les patients ils s'en rendent compte.

M9 : Bah ils s'en rendent compte... oui. C'est surtout les pharmaciens qui... les bons pharmaciens qui font leur métier de pharmacien pour aider les patients, qui... qui m'envoient d'ailleurs les patients en disant « il prescrit très peu. » Moi je fais des ordonnances avec zéro médicament. Je vous ai pas montré mes ordonnances ? Avec zéro médicament ?

E : Si ! J'ai un souvenir.

M9 : Baclofène 10 mg : zéro par jour, 4 semaines. Voilà ! Mais y'a une prescription : entre le doudou et rien quoi. Mais y'a encore un doudou. Y'a encore un objet transitionnel. L'ordonnance c'est un objet transitionnel. Voyez, c'est pas si simple que ça la déprescription. C'est un bon sujet de thèse.

E : Euh... est-ce que vous avez un exemple d'une déprescription que vous, que vous avez faite euh... y'a pas longtemps, qui vous a marqué ?

M9 : Bah c'est de la déprescription accompagnée hein. Mon patient qui prenait soixante-cinq comprimés de Baclofène par jour et qui allait bien... et qui voulait pas le diminuer. Il avait peur de recommencer à boire. On a mis un an pour passer à zéro. Et maintenant ça fait un an qu'il prend plus aucun comprimé et qu'il va bien. Mais ça a été très difficile pour lui baisser. J'ai un patient qui... que je vois... que mon interne elle voit aujourd'hui euh... et qui est resté accroché à ses trente comprimés par jour, qui voulait pas diminuer. Bon, c'est un peu particulier ça... Autrement euh... j'ai pleins de patients chez qui j'ai arrêté les somnifères. Et toujours le même problème. C'est des patients qui l'ont pris à un moment de leur vie où ça allait pas, où ils arrivaient pas à dormir. Et c'est vrai que quand on arrête d'un coup, ils vont pas dormir pendant une semaine. Ils vont être très mal, donc il faut y aller très doucement. Et puis faut qu'ils prennent conscience et faut qu'ils l'arrêtent pendant les vacances... c'est très bien les vacances.

E : Et faire un entretien motivationnel...

M9 : Oui, par exemple. Mais faut y aller progressivement. Et les gens ils acceptent. Les déprescriptions euh... moi je fais la déprescription de Metformine par exemple. Si vous saviez le nombre de patients euh... qui avaient 1,10g de sucre ou 1,20g qu'on a mis sous Metformine : « vous êtes diabétiques » hop euh... Metformine... qui en ont pas besoin ! Alors on diminue, puis on revoit, puis on regarde euh... l'hémoglobine glyquée euh... le sucre. J'ai vu un monsieur W. là, qui est tout content, qui m'a dit « je suis guéri de mon diabète. » Alors je vais pas lui dire qu'il a jamais eu de diabète. Il prend plus de Metformine, il prend plus rien ! Le seul truc qui l'embête c'est qu'il va plus être à 100%. Eh oui... ça faut y penser aussi à ça ! Voilà, la déprescription de Metformine. Spécial non ? Déprescription de Keppra. Déprescription de... d'antiépileptiques. Les patients qui ont fait un DT, on dit « vous êtes épileptique, faut jamais arrêter le Keppra. » Enfin c'est... je pensais à un patient sous Keppra. Enfin il a fait un Delirium Tremens parce qu'il avait arrêté son Seresta d'un coup. Il a fait une crise... pof... on lui met l'étiquette épileptique... faut jamais qu'il arrête son Keppra. Il en a pas besoin. Suffit qu'il arrête jamais son Seresta. Donc j'ai arrêté ! Mais c'est pas facile parce qu'on lui a tellement dit à l'hôpital « faut jamais arrêter, faut jamais arrêter ! » Voilà des déprescriptions inhabituelles non ?

E : Tout à fait ! Vous auriez du coup pas tellement de classes médicamenteuses favorites pour déprescrire ? C'est un peu tous les médicaments ?

M9 : Ah on peut déprescrire les antibiotiques aussi ! J'ai un patient là qui sort de l'hôpital... bon alors j'ai quand même réfléchi là. Avec une ordonnance de six mois... bon euh... c'est une femme qui fait des cystites de temps en temps, qui en avait marre... qui était à l'hôpital en urologie euh... pour sa cystite. Et le grand spécialiste... professeur d'ailleurs, c'est un professeur, euh... lui a dit « moi j'ai une solution radicale, vous allez prendre ça pendant un an. » Vous pouvez imaginer l'ordonnance ? Je l'ai là ! Alors y'a trois antibiotiques par semaine à prescrire : deux jours l'un, deux jours l'autre et c'est... De toute façon on comprend rien du tout. Elle est venue me voir avec l'ordonnance « est-ce que vous pouvez m'expliquer comment je le prends ? Le pharmacien, il comprend pas non plus. »

E : De toute façon au niveau de l'observance ça aurait pas été possible quoi... Y'a des choses qui pourraient entraver ou contrarier votre déprescription ?

M9 : Bah ce qui entrave et ce qui contrarie c'est si le patient est pas motivé. Mais y'a pas ... voilà, si je suis pas son médecin traitant... si je débarque comme ça et je lui dis « ça faut arrêter » c'est pas...voilà... Le problème du Mediator. Ça j'en ai vu pas mal hein, qui étaient très accros à leur Mediator. Donc c'est entravé à partir du moment où c'est un spécialiste qu'ils adorent, qui fait gourou et qui prescrit euh... des médicaments euh... où là euh... je suis un peu coincé ! Alors je peux aussi m'énerver en disant que c'est dangereux, mais c'est compliqué. Là y'a un problème d'éthique d'une part et un problème de

responsabilité d'autre part... entre faire arrêter un traitement qui est dangereux euh... et détruire un confrère qui est dangereux aussi, c'est ça. Bah j'ai pas montré l'ordonnance avec le Mediator et l'homéopathie au-dessus... et la Spironolactone et l'extrait thyroïdien. Un homéopathe très connu qui... qui s'occupe de faire maigrir les dames qui se trouvent en surcharge pondérale. Bon ça existe plus, c'est plus le Mediator, mais le reste... ça existe toujours.

E : Ouais donc c'est plutôt les autres spécialistes qui pourraient être parfois euh...

M9 : C'est compliqué... c'est compliqué. J'essaie de... j'essaie toujours d'éduquer les patients hein... quand je les connais bien c'est... faut éduquer les patients à prendre moins de médicaments. Mais bon... celui qui veut remplir, il va remplir. A ce moment-là on... on a montré quand même que théoriquement un seul... une seule prise par jour c'est mieux. Mais pour les obsessionnels ça marche pas. Bon... il faut plein de prises par jour, vous avez vu euh... toutes les 10 minutes. Celui qui m'a fait mon tableau ça lui va très bien ça. Il prend... huit fois par jour, il prend sa tension, voilà. Donc il peut prendre un comprimé toutes les dix minutes. Il s'occupe de lui. Centré-patient !

E : Et le temps ?

M9 : Alors comment voyez-vous le temps... dans quel sens est votre question ?

E : Est-ce que le temps euh... le temps que ça prend de faire la déprescription ? Le temps dans votre consultation ?

M9 : Quand on a pas le temps... c'est bien ce que je dis toujours : on a pas le temps, on a la durée. Eh oui mais c'est important la durée. Revoir les gens. Donc on s'en fout du temps. Ce qui compte, c'est la durée. C'est la continuité. Compétence continuité. On vous a appris ça ?

E : Oui. Et vos consultations elles durent combien de temps à peu près ?

M9 : Bah entre douze minutes et trois heures ? Non je plaisante. Je prends trois patients par heure.

E : D'accord, ok. Bah merci beaucoup, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter euh... ?

M9 : Bah écoutez... continuez à déprescrire, c'est très bien ! En fait si j'ai des choses à rajouter. Si on veut pas déprescrire, il suffit de pas prescrire. Dans un premier temps, il faut moins prescrire. Y'aura moins de déprescription. Mais en attendant, à l'heure actuelle, on a besoin de déprescrire : prévention quaternaire. [...] Moi je prescris du placebo. Donc j'ai inventé un placebo que j'ai appelé Imocebo. C'est du lactose. Je mets une gélule trois fois par jour. Ça dépend... s'il est obsessionnel j'en mets quatre, si l'est pas je mets une fois par jour, à libération prolongée. Mais je prescris du placebo, je fais pas que déprescrire. Mais je joue aussi de la magie avec mon titre, le fait d'être professeur, ça marche encore mieux. C'est terrible à dire mais ça marche très bien. « Le professeur il m'a dit, il m'a prescrit ça. » Donc c'est centré patient !

Entretien médecin 10 :

E : Donc merci déjà de participer euh... à mon étude. Donc en gros ça dure vingt-trente minutes pas tellement plus et donc le but c'est d'essayer de trouver un peu les stratégies... les petites recettes qu'ont les médecins pour déprescrire. Pour essayer de fabriquer un espèce de guide un peu global pour aider les... les internes et les jeunes médecins à... à plus pratiquer la déprescription. Euh... donc d'abord je voulais savoir un peu comment est-ce que vous travaillez euh... comment vous jonglez avec euh... votre cabinet ? Est-ce que vous avez des internes, est-ce que vous faites des formations ?

M10 : Oui oui, j'ai des internes. Euh... donc moi je travaille trois jours et demi par semaine. Euh... je travaille, je suis euh... voilà, maître de stage. Et euh... je fais des formations euh... médicales euh... continues régulièrement, des groupes de pairs. Euh... et puis là je suis sur justement des formations à l'hypnose parce que je pense que c'est un bon moyen aussi, ou de pas prescrire ou de déprescrire. Une des raisons pour lesquelles je me suis formé à ça, c'est euh... outre l'intérêt mais c'est vraiment le sentiment fort que de toute façon, même avec des prescriptions importantes soit d'antalgiques, soit de psychotropes ou les deux euh... voilà dans ces problématiques de la douleur, les problématiques

psychologiques en fait on est vite coincé. Que les médicaments ne sont pas d'une aide, enfin au long cours pour ces pathologies chroniques, ne sont pas d'une aide majeure. Et on a plus de problèmes avec les effets indésirables, les dépendances, qu'autre chose quoi voilà. Donc euh... pour moi c'est clair qu'il faut mettre d'autres stratégies et notamment des stratégies euh... de nature relationnelles, communicationnelles, comportementales etc.

E : Ça marche. Euh... est-ce que vous lisez des revues, est-ce que vous avez des revues médicales que vous aimez bien euh... ?

M10 : Oui. Je lis *Prescrire* (rires). Voilà, donc en gros c'est une revue qui vous incite quand même à ne pas prescrire ou à déprescrire largement, ou alors à sortir de routine de euh... de médicaments.

E : Ça marche. Et pour vous qu'est-ce que c'est la déprescription ? Avec euh... vos moyens ?

M10 : Bah je dirais que y'a une déprescription euh... déjà c'est... c'est euh... Il faut me semble-t-il avoir déjà cette notion en tête. Quand je dis ça, si... si on est... si on se pose pas la question de euh... quand on a une réévaluation de traitement euh... de : « mais est-ce que c'est toujours utile ? Euh... est-ce que ces médicaments sont toujours utiles ? » Si cette question ne vient pas à l'esprit déjà de manière euh... je dirais automatique euh... voilà, il se passera rien. C'est pour ça que pour moi enfin là je suis un... je combats euh... drastiquement la notion de renouvellement d'ordonnance qui est d'un point de vue pour moi médical complètement stupide. On a pas besoin de médecin pour ça, il suffit d'un ordinateur, on appuie sur un bouton, ça renouvelle l'ordonnance. Donc c'est bien une problématique de réévaluation d'ordonnance et donc de savoir effectivement si des médicaments sont utiles ou pas, voilà. Euh... on peut avoir euh... voilà des... des... J'ai des patients qui ont des ordonnances par ailleurs euh... qui peuvent être importantes, euh... qui peuvent même paraître au regard de recommandations un petit peu bizarres, mais qui pour un certain nombre de patients sont absolument nécessaires. Se poser la question de déprescrire veut pas dire pour moi déprescrire à tout crin comme on aurait... comme on a prescrit à tout crin. C'est pas une... c'est pas une attitude pavlovienne qui... qui décide que maintenant c'est très mal de prescrire et qu'il faut déprescrire. Je pense que ça c'est aussi une très mauvaise attitude qui... qui peut complètement euh... qui peut complètement déstabiliser les patients. Par contre que moi en tant que médecin, je me pose la question euh... sur mes ordonnances si c'est utile ou pas euh... voilà. C'est ça qui me paraît euh... important. Après euh... voilà, bah pour certains euh... c'est euh... Moi j'ai fait des essais de déprescription qui... qui ont pas bien tourné non plus. Hein, euh... voilà. Donc on peut avoir des... des essais de prescription qui tournent mal parce qu'on déclenche des effets indésirables ou qui peuvent être parfois important. Mais euh... l'inverse est vrai, c'est-à-dire que la déprescription est à manier aussi avec discernement. Si elle est pas menée avec discernement, elle peut aussi amener à des catastrophes, voilà. Ma patiente cardiovasculaire bien équilibrée, même avec un traitement euh... qui peut être important, s'il est bien équilibré et sous... Si tous les professionnels sont en accord euh... voilà, ça peut mal tourner si... voilà.

E : Ça marche. Et comment est-ce que vous avez connu ce concept de déprescription ? Est-ce que c'est très ancien euh... enfin dans votre pratique, est-ce que c'est très ancien ou est-ce que c'est plutôt nouveau ?

M10 : Alors mais enfin j'ai un profil un peu particulier parce que j'ai eu la chance en fait de faire de la recherche euh... et sur un projet que... j'ai pu travailler à l'Inserm pendant trois ans. Donc évidemment euh... c'est au décours de ce travail que je me suis rendu compte que la notion de... on... nous... on a utilisé dans ce travail la notion d'optimisation d'ordonnance, qui est la suite logique de ce que je viens de vous dire. Donc évidemment la notion de déprescription, elle est pour moi la prise de conscience. Elle a été euh... elle a été là puisque ce travail-là a été euh... même initié par la notion de « les médecins généralistes prescrivent trop » voilà. Et donc euh... l'objet de l'étude c'est de savoir pourquoi. Alors évidemment nos malades polyopathologiques ils vont avoir beaucoup de médicaments. Ceci étant euh... bon, dans cette étude-là et dans d'autres choses que j'ai lu euh... on peut... on peut bien... bien diminuer d'un tiers les prescriptions. Et pour un certain nombre de patients c'est tout simplement pas possible. Mais par contre aussi pour un certain nombre de patients, ça peut être intéressant de remettre à jour aussi les... les traitements. Il peut y avoir des traitements aussi qui sont euh... un petit peu obsolètes euh... en termes de rapport bénéfice-risque etc.

E : Et est-ce que vos démarches de déprescription, elles ont évolué au cours du temps ? Est-ce que vous déprescrivez pas pareil maintenant que y'a quelques années ?

M10 : Bah euh... à partir du moment où je me pose euh... plus systématiquement la question euh... oui elle a évolué comme étant un acte... c'est devenu pour moi un acte tout aussi important que prescrire. Voilà, et même je dirais euh... j'ai une déprescription virtuelle. C'est-à-dire de me demander aujourd'hui si euh... « est-il bien utile que... que je prescrive euh... ce médicament, cette benzodiazépine, ce traitement antalgique de niveau 2, pour ce patient etc. ? » Et surtout... Donc y'a cet élément-là. Surtout ce qui a changé, c'est que j'ai mis en place une stratégie. C'est-à-dire que cette stratégie c'est... c'est... ça n'a rien d'extraordinaire mais c'est la notion de plan de soins. C'est-à-dire que mon patient qui rentre dans une prescription, je lui explique qu'il rentre dans un plan de soins. Et que dans cette prescription, y'a un début, y'a une fin. Euh... voilà. Et que traiter leur douleur, traiter leur anxiété, leur humeur dépressive... traiter telle ou telle chose, ça a un début, ça a une fin. Voilà. Et qu'on va gérer ça ensemble. Donc c'est mettre le patient dans une perspective de soins euh... et non pas euh... que le patient se retrouve avec une prescription pour laquelle... qu'il ne sait pas ce qu'elle va devenir, voilà. Et donc euh... y'a... c'est plus dynamisant et pour le patient et pour le médecin, et ça... ça marche bien.

E : C'est anticiper en fait la dépre.. la déprescription à la prescription ?

M10 : Voilà c'est anticiper l'arrêt de la prescription ou la déprescription, voilà.

E : Dès le début...

M10 : Dès le début. Euh... voilà, c'est ça le... le... Donc je dirais ça c'est ma stratégie pour euh... tout nouvelle prescription un petit peu. Alors il est évident que pour des patients euh... cardiovasculaires un peu lourds etc... y'aura pas de déprescription euh... ou de plan de soins... Voilà je dirais, il est fermé d'une certaine manière. Eu égard à l'évolution euh... des complications euh... voilà de... du... Mais là on va rentrer plutôt dans... dans des problématiques de suivi de plan de soins, c'est plutôt le suivi euh... plus strict. Mais euh... sinon le... voilà, c'est euh... c'est pour les patients pour lesquels on rentre un peu plus dans l'aigu. Alors là où c'est beaucoup plus difficile, c'est pour les patients qui sont je dirais englués dans des... voilà dans de la médication chronique, qui leur pose des tas de problèmes et pour lesquels il faut sortir. Et donc là... là c'est pareil c'est euh... je... c'est des choses que je prépare avec le patient, en... en se mettant en place un plan... un plan de déprescription pour le coup. Je parle des antalgiques, alors essayer de pas rentrer dans une escalade thérapeutique. En tout cas, si je suis dans une escalade thérapeutique, elle doit être très courte, c'est qu'à un moment donné il peut y avoir une augmentation euh... aiguë, qui nécessite des compensations, mais très courtes. Sinon c'est très rapidement retrouver le... le comment euh... le traitement minimal voir plus de traitement, voilà. En sachant qu'on a des situations très compliquées hein, avec ces patients euh... essentiellement ce que je disais tout à l'heure en traitement de la douleur, de l'anxiété enfin les psychotropes et les... les antalgiques euh... où on est dans des situations qui sont avec une évaluation pas toujours facile puisque subjective... une bonne part subjective de la part du patient, donc c'est voilà. D'où pour moi euh... le passage à d'autres techniques non médicamenteuses.

E : Par exemple sur effectivement les benzodiazépines, où tout le monde dit que c'est vraiment extrêmement difficile de les déprescrire, là c'est vous... votre technique de plan de déprescription ça pourrait euh... ?

M10 : Bah proposer des... des séances d'hypnoses. De retravailler aussi sur euh... sur le « mais pourquoi vous prenez... » On prend toujours les traitements si c'était nécessaire un moment donné parce que y'avait une situation euh... extrêmement difficile etc. Est-ce qu'aujourd'hui on est toujours dans cette situation ou voir avec le patient où est-ce qu'il est. Est-ce qu'on est dans... évaluer si on est dans une dépendance en fait. Ou si on est toujours avec une anxiété ou une dépression qui est en réalité pas réglée, hein... voilà. Donc pour laquelle il faut réévaluer euh... parce que peut-être que la situation familiale ou professionnelle va pas. Il faut peut-être s'y prendre autrement, mettre d'autres acteurs, travailler en pluriprofessionnel euh... voilà. Et puis éventuellement proposer un patient euh... de voir le psychologue, de... d'où l'intérêt dans une maison de santé pluriprofessionnelle comme ici de travailler en pluriprofessionnel et de mettre dans le plan de soins le psychologue, le médecin traitant

euh... le comment... la diététicienne... une infirmière de santé publique euh... voilà. Donc dès... la déprescription si vous voulez peut pas se faire... ce qui pour moi est un message aussi très important... Elle peut pas se faire sans qu'on ait réévalué la situation à ce moment-là et sans qu'on mette d'autres choses à la place. C'est-à-dire que faire de la déprescription sauvage euh... en disant « bah voilà on va diminuer... on va arrêter. La sécu m'a demandé de diminuer euh... les prescriptions de benzodiazépines donc on va commencer aujourd'hui. » Ça... ça peut pas fonctionner, on est pas euh... voilà. On est sur des choses qui sont... qui doivent être réévaluées et qui euh... qui sont des choses difficiles. Donc ça veut dire qu'on met en place un projet de soins, qui va être différent dans lequel on accompagne la déprescription du médicament.

E : Quelle est votre euh... comment vous abordez la déprescription ? Quelle est votre phrase d'accroche ? Euh... c'est à quel moment de la consultation ? Euh... est-ce que vous avez une manière particulière d'aborder le sujet avec le patient ?

M10 : Euh... j'aborde le sujet avec le patient par rapport à son état et non pas par rapport au médicament. C'est-à-dire que mon questionnement... enfin ce qui m'a fait aussi euh... modifier mon attitude, c'est... c'est l'état du patient. C'est encore une fois ce que je vous disais au départ c'est-à-dire que faire aussi le... comment... le constat que nos patients euh... sont chronicisés par les médicaments euh... parce qu'on a pas réglé leurs... on a pas réglé leurs problèmes. On a pas réglé leurs problèmes, on les a enkystés avec les médicaments dans leurs problèmes... en tout cas on y participe et on a pas réglé le problème. Et donc on a des patients qui sont toujours souffrants, physiquement ou psychologiquement ou les deux. Et donc ma problématique elle est d'aborder ça par rapport à son état. C'est-à-dire... et de discuter qu'il va pas forcément mieux alors qu'il a toute une tranche de médicaments... qu'on pourrait peut-être prendre ça autrement, voilà. Ce qui permet de réévaluer avec lui euh... un peu son état qu'il puisse reparler aussi un peu de son... de sa problématique. Sinon le patient il vient pour renouveler son traitement que le docteur lui a donné, voilà et puis il s'en contente. Ce qui permet de bien réévaluer la problématique et puis à ce moment-là... de proposer un plan de soins. Alors soit le patient est mûr ou pas mûr. S'il est pas mûr, bah on va prendre un peu de temps, on attend etc. etc. Y'a un autre euh... y'a un autre élément moi je trouve qui... qui est un élément favorisant, c'est qu'aujourd'hui les gens ils sont beaucoup plus... les générations aujourd'hui sont plus sensibles aux effets indésirables des médicaments. Ils ont plus d'informations euh... sur les dépendances, sur tout ça. Et donc ils sont plus sensibilisés d'une manière générale par les institutions, ce qui est une très bonne chose, sur euh... bah voilà, les... les effets aussi pervers des médicaments. Donc euh... ce qui permet aujourd'hui de discuter de... de ça... alors que voilà avant euh... je veux dire euh... y'a vingt ans euh... pour les gens non... voilà, traiter leur cholestérol égale à l'époque ou fibrates ou statines. Mais et... et je continue à manger comme avant, voilà. Et là on voit bien qu'on a changé de registre euh... y'a une vision plus écologique euh... aussi de la médecine pour les gens. Et donc ce qui nous permet... ce qui nous donne une marge de tous les éléments-là, je dirais des changements sociétaux euh... plus d'informations institutionnelles, sont des terreaux si vous voulez qui favorisent aussi le... comment... le... pouvoir discuter de... éventuellement d'alternatives. Et voir des patients qui demandent pour le coup aussi des alternatives ou qui vous disent « j'ai arrêté le médicament, voilà. Euh... j'ai vu à la télé que... j'ai arrêté mon hypnotique. » Ce que vous n'aviez jamais réussi à faire et vous aviez baissé les bras en represcrivant tous les mois l'hypnotique. Et un jour il vous dit « ah j'ai vu à la télé un truc et j'ai arrêté le médicament. Et alors ça va ? Ça va je dors ! » (Rires).

E : Est-ce que y'a des moments de vie aussi du patient, par exemple en sortie d'hospitalisation ou c'est facile ? Ou alors euh... dès la première consultation comme c'est un nouveau médecin, un nouveau patient, vous en profitez ? Ou c'est plutôt créer d'abord une alliance thérapeutique ? [Interruption d'un collègue]

M10 : Oui vous disiez ?

E : Oui sur les sorties d'hospitalisations, les premières consultations ?

M10 : Non c'est plutôt des moments plus compliqués. C'est-à-dire que sorties d'hospitalisations euh... quelquefois euh... maintenant nos confrères hospitaliers font plus attention à ça mais... Quelquefois les patients qui dormaient pas... pof ! On avait sevré un patient de son Seresta et il ressort avec son Seresta quoi... Alors...

E : C'est l'infirmière de nuit qui...

M10 : Oui l'infirmière de nuit est passée par là et boum... on recommence... Donc euh... parfois c'est plus compliqué, parce qu'il faut recommencer le travail. Et puis la première fois non... on lui saute pas sur le poil. On lui saute pas sur le poil parce que c'est un nouveau médecin, il faut déjà s'approprier, il faut qu'il... Vous devenez pas le médecin traitant d'un patient comme ça hein. Donc c'est lui qui décide. Donc c'est pas à la première consultation que « ohlala le confrère c'est... non non, on va enlever la moitié des médicaments... on fait plus comme ça cher monsieur ! » C'est... c'est mort quoi. C'est même une rupture de relation de confiance quoi. Parce que vous êtes en train d'atteindre à la relation de confiance qu'il avait avec son médecin, euh... vous le faites d'une manière euh... tout à fait euh... inopportune. Voilà... c'est la première consultation... c'est de la relation voilà. Et donc c'est pas possible de le faire comme ça. Et ensuite euh... et puis il y a une troisième raison pour lequel il faut pas le faire. C'est qu'on peut avoir des ordonnances qui nous paraissent un peu bizarres. On a intérêt à comprendre qui est le patient... pourquoi on en est arrivé là... prendre connaissance du dossier euh... voir un petit peu ce qui s'est passé. Et rediscuter avec le patient une fois que nous on a bien compris de quoi il s'agissait et quels étaient les enjeux. Parce que par rapport à ce que je disais tout à l'heure, on risque de déstabiliser complètement les choses. Non seulement on va déstabiliser une relation de confiance mais on va déstabiliser en plus un état pathologique que le confrère a... a peut-être stabilisé en plusieurs mois voire années... quelquefois c'est compliqué.

E : Est-ce que euh... vous avez des appuis en consultations, des supports? Ou en salle d'attente... des choses sur lesquelles vous pouvez vous appuyer pour expliquer au patient... montrer au patient ?

M10 : Non... non parce que je pense que c'est... c'est ce que je vous disais tout à l'heure c'est plutôt de manière générale un petit peu... Bon bah le médicament... c'est pas miraculeux... pas forcément miraculeux, euh... voilà. Donc c'est plus de l'information grand public qui me paraît euh... plus... plus importante. Et puis euh... les gens vont sur internet, ils vont regarder... donc ils viennent avec leurs questions, ils viennent aussi euh... c'est plus une interaction aussi entre le médecin et le patient aujourd'hui sur les traitements.

E : Et vous vous adaptez un peu au... enfin j'imagine... les patients ont pas tous la même compréhension, on tous la même volonté de comprendre ?

M10 : Complètement.

E : Votre discours peut être plus ou moins... ?

M10 : Oui oui compris... ou pas assez compris, etc. Voilà. C'est comme la prescription des antibiotiques. Bon je prescris peu d'antibiotiques mais j'ai des patients... je prescris un antibiotique alors que je sais qu'il est complètement inutile mais parce que c'est sinon le... le voilà... la consultation n'est pas comprise par le patient quoi. Et qu'il va... il va sinon... il va ressortir en disant que je l'ai pas soigné... qu'alors là il va pas mieux etc. etc. Alors que voilà... on est pas en phase à ce moment-là mais bon. La réassurance passe quelquefois par le médicament.

E : Est-ce que vous avez des classes médicamenteuses un peu favorites à déprescrire ou c'est vraiment tous les médicaments ?

M10 : Oui, enfin non les classes médicamenteuses à déprescrire euh... enfin j'invente rien mais les psychotropes et les... et les antalgiques... les antalgiques de niveau 2, les myorelaxants... C'est... c'est ... en chronique euh... voilà, des... des veinotoniques en chronique. Ça je peux les utiliser de manière aiguë. Encore une fois c'est des médicaments... si vous voulez quand je dis ça je parle du chronique. C'est évident que je peux utiliser un moment donné ces médicaments de manière aiguë, mais avec un début et une fin, voilà. C'est pas interdit de les utiliser. Ce qui nous pose problème c'est l'utilisation chronique de ces médicaments. Parce qu'ils sont pas faits pour ça. On a chronicisé et on a enkysté les patients là-dedans. Donc c'est surtout éviter le... le plus possible euh... voilà. Y'a des patients pour lesquels je peux pas hein... le faire. Je voudrais bien hein... j'ai des ordonnances... j'ai en tête des ordonnances... je pourrais en virer la moitié des médicaments si c'était que moi.

E : Et comment ils réagissent justement vos patients ?

M10 : Ah bah ils réagissent très mal !

E : Tous ? Ou...

M10 : Non mais certains... certains patients voilà, ils réagissent pas bien. Et c'est « ah bah je suis pas bien, je suis machin... »

E : Ils sont tellement attachés à leurs médicaments...

M10 : Oui ce sont des personnes âgées surtout.

E : Et y'en a pour qui ça marche bien ?

M10 : Y'en a pour qui ça marche bien. J'ai même des personnes âgées qui me disent « ah vous êtes le premier docteur, ça fait longtemps que je voulais me débarrasser de... Ah j'ai plus que deux médicaments sur mon ordonnance, je suis très contente... très contente. » Je me souviens d'une patiente comme ça qui était absolument ravie que je lui enlève des médicaments.

E : Vous lui aviez enlevé quoi à cette patiente ?

M10 : Je me souviens plus, elle avait quatre médicaments dont deux qui étaient... Elle avait 85 ans, ils étaient complètement inutiles. Ça devait être un Cacit D3 et puis un... un truc qu'elle prenait depuis des années euh... c'était... c'est pareil... une patiente qui prenait depuis des années euh... des biphosphonates euh... c'est... qui n'avaient plus lieu d'être quoi.

E : Et le fait de lui dire « en fait on va l'arrêter » elle était euh.....

M10 : Oui de lui expliquer pourquoi, hein ! Pas seulement de l'arrêter mais de lui expliquer pourquoi, voilà.

E : Ça marche. Et est-ce que vous pensez que y'a des choses qui pourraient entraver ou contrarier votre déprescription ? Ou pas tellement ?

M10 : Entraver ? en dehors du patient ou du... voilà ou du fait que... ou du médecin (rires).... qui est trop fatigué pour euh... bah ça sera une prochaine fois...

E : La fatigue ça peut...

M10 : Ah oui oui oui ! Bah une fin de journée, les grands classiques quoi. Une fin de journée, la fatigue, mais nous on est dans la continuité donc on peut retravailler avec euh...

E : Ouais... les revoir.

M10 : Voilà !

E : Et le temps ? Est-ce que ça vous gêne ? Beaucoup disent euh... ça prend du temps... on a pas le temps de le faire ?

M10 : Oui mais encore une fois, on déprescrit pas tout en même temps ! On va faire médicament par médicament. Et on commence euh... voilà... on commence par travailler le patient : « mais tiens ce médicament c'est... » et s'il est mûr on enlève celui-là. Faut pas tout euh... la déprescription elle se fait pas « allez, je vous en enlève cinq. » Bah non ça... ça peut pas le faire. Et puis on... encore une fois attention, c'est... c'est... voilà, si... on a intérêt à déprescrire un par un. Parce que s'il se passe quelque chose, si le patient revient dans la semaine en disant « je suis pas bien » euh... c'est ma déprescription qui fait qu'il est pas bien ou il a une maladie aigüe ou... ? Voilà, d'accord ? Si j'en enlève cinq et qu'il me dit « je suis pas bien », c'est lequel médicament qui a fait que j'ai déstabilisé quelque chose, j'en sais rien ! Donc la déprescription c'est... c'est quelque chose qui... alors pour le coup doit se faire pour moi pas à pas.

E : Et les autres spécialistes ? Est-ce que ça peut vous freiner un peu dans votre déprescription... ou au contraire ?

M10 : Non parce que souvent euh... ça peut m'arriver euh... je vois surtout avec les cardiologues par exemple, pour une raison ou pour une autre... j'ai pas en tête mais ça m'est arrivé de déprescrire ou de diminuer un traitement. Parce que la déprescription, c'est pas non plus... La déprescription... on pense enlever un médicament mais ça peut être aussi... on pense pas assez souvent à diminuer les doses des médicaments, notamment nos patients qui vieillissent. Et donc on peut peut-être être à

demi-doses et être aussi efficace. Le rein épure moins etc. Donc on peut proposer là aussi euh... la déprescription c'est euh... c'est diminuer les posologies aussi hein. Et ça on n'y pense pas assez. Et donc quelquefois mes confrères notamment cardiologues... Il peut m'arriver qu'un patient euh... voilà... était pas bien et que j'ai diminué un... un traitement. Donc je fais une lettre au cardiologue qui le revoit tous les six mois machin... et je lui dis « écoute j'ai voilà... dans telles circonstances... je vois ça, j'ai diminué le traitement... ou j'ai augmenté le traitement etc. Qu'est-ce que t'en penses ? » Voilà, donc la déprescription ou la diminution de posologie euh... chez un patient qui est suivi avec un autre confrère, il est pour moi... il est toujours discuté avec le confrère. Pour le... si je suis le seul à traiter le patient bon, je me débrouille. Dès qu'il y a un confrère qui est dans la boucle, la déprescription est discutée avec lui. Pourquoi ? Parce que lui peut dire euh... euh... « non c'est pas une bonne idée parce que ce patient si on fait ça, il va redécompenser. Ou parce qu'avec tel et tel problème... Ou t'as pensé à ça et machin ? Et donc non, il faut pas y toucher. » Voilà... ou bien il va me dire « oui je suis d'accord euh... machin. On peut tout à fait le faire etc. voilà. » Donc ça, la déprescription... dès qu'on est plusieurs prescripteurs, ça se discute entre nous.

E : Ça marche. Super. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M10 : On a déjà pas mal fait le tour !

E : Oui ! Merci beaucoup !

Entretien médecin 11 :

E : Merci déjà de participer à cette étude. Donc en gros ça dure... voilà... moins de trente minutes et le but c'est d'essayer de trouver ensemble des petites stratégies, des petites recettes que vous avez pour pratiquer la déprescription.

M11 : D'accord.

E : Et voilà le but après c'est pour faire un guide global pour euh... aider un peu les internes, les jeunes médecins à déprescrire plus facilement. Donc la première question d'abord c'est comment est-ce que vous travaillez euh... dans votre cabinet ? Comment est-ce que vous jonglez avec la fac ? Est-ce que vous avez des formations, des revues ?

M11 : Euh... donc moi je suis généraliste en libéral. Euh... je suis associé dans une... dans un cabinet de groupe euh... on est cinq généralistes à tourner. Je travaille deux jours et demi au cabinet et effectivement deux jours et demi à la fac. Le fait d'être dans une structure de groupe me permet que quand je suis pas au cabinet, j'ai moins de choses à gérer du cabinet parce que j'ai mes collègues qui sont là. Les patients, ils ont l'habitude de fonctionner comme ça donc euh... ils se débrouillent. Euh... et puis voilà ! Mais bon en fait euh... y'a jamais de trucs complètement figés hein. A la fac je peux régler des problèmes de cabinet, au cabinet régler des problèmes de la fac, voilà. Et du coup euh... c'est comme ça... je travaille lundi, mercredi, vendredi au cabinet.

E : Ça marche. Et est-ce que vous assistez à des congrès ou est-ce que vous lisez des... enfin vous faites des formations, vous lisez des articles ?

M11 : Ouais alors je suis... je fais deux congrès par an euh... minimum donc euh... le congrès de Médecine Générale France du Collège et euh... le congrès du CNGE. Euh... je fais rarement d'autres congrès en plus, sauf de manière exceptionnelle des congrès de pédagogie, donc qui sont pas du tout euh... enfin de pédagogie médicale mais qui sont pas sur les... pas utiles pour la pratique au cabinet. Euh... je suis abonnée à deux revues... trois... mais du coup voilà, que je ne lis pas. Je m'en sers juste pour avoir les comptes d'accès en ligne quand j'ai besoin. Mais c'est rare que je les... enfin je les feuillette quoi. Et surtout sur les DPC, je suis une très mauvaise élève parce que je fais pas de DPC... parce que j'ai pas le temps. Mais par contre la fac me permet de me maintenir à jour sur certains trucs. Ah si, je suis abonnée à la newsletter *Médicalement Geek* euh... absolument génialissime voilà. Et ça j'arrive à la lire euh... deux fois sur trois.

E : Ça marche. Et les revues c'est *Prescrire*, *Exercer* ?

M11 : *Prescrire, Exercer* bah ouais et la *Revue du Prat Médecine Générale*.

E : Ok, ça marche. Et alors qu'est-ce ça serait votre définition de la déprescription ?

M11 : Mmh... euh... alors... euh... au début je pensais que c'était plutôt déprescrire des médicaments euh... chez des gens qui ont des médicaments inutiles. Euh... mais y'a en fait aussi tout ce qui est déprescription d'exams complémentaires euh... qu'on ferait de manière régulière... de manière injustifiée. Euh... du coup y'a euh... oui enfin... arrêter de médicaliser de manière injustifiée.

E : Non... c'est bien. Euh... est-ce que votre... enfin comment est-ce que vous avez connu déjà ce concept de déprescription ?

M11 : Alors euh... comment j'ai connu ça ? Déjà j'ai dû en entendre parler à la fac quand même quand j'étais interne. Le premier souvenir que j'en ai c'est la déprescription des psychotropes, notamment chez les personnes âgées, euh... voilà. Après euh... après dans ma pratique bah... du coup à la fac et puis après au fur et à mesure on s'en aperçoit quand même. Moi quand je me suis installée euh... à trois mois d'écart y'a un médecin traitant euh... qui est parti à la retraite qui avait une grosse... grosse patientèle de personnes âgées. Et donc on en a récupéré beaucoup, avec des prescriptions un peu farfelues. Et du coup on a dû se poser la question de comment on allait déprescrire tout ça. Euh... et puis ensuite à la fac on a... on peut travailler dessus.

E : Et vos démarches de déprescription elles ont évolué au cours du temps ?

M11 : Euh... ouais. Oui alors elles ont évolué... je pense qu'elles évoluent moins maintenant. Je pense qu'elles ont un peu évolué au début surtout. C'est comme tout le monde hein, on sort de la fac... « ça c'est pas utile », on l'arrête ! Sauf que typiquement cette patientèle-là qui m'est arrivée de personnes âgées... qui avaient le même médecin depuis trente ans... quand on leur dit euh... « bonjour, ok je suis votre médecin traitant mais ça on arrête », c'est compliqué. Donc clairement on s'adapte... on peut pas faire ça d'un coup. Donc ça... ça a évolué. Euh... est-ce que ça évolue encore ? Je suis pas sûre... ce qui évolue plus c'est... Je fais plus gaffe à quand est-ce que j'introduis. Parce que c'est le problème de la déprescription... finalement faudrait pas prescrire du tout. Mais j'ai pas l'impression que ça évolue encore. Peut-être parce que j'y suis moins confrontée aussi.

E : Peut-être parce que justement vous avez fait le travail avec cette patientèle justement et donc là maintenant c'est les vôtres ?

M11 : Ouais alors non... parce que j'étais installée autre part. J'aime bien changer tous les trois ans... donc c'est un re-re-début depuis septembre.

E : D'accord. Et de quelle manière justement vous abordez cette déprescription avec vos patients ? Est-ce que vous avez une phrase d'accroche particulière ? A quel moment de la consultation ? Est-ce que vous avez une consultation dédiée ?

M11 : A la déprescription ? Non, je fais pas une consultation dédiée. Bah c'est compliqué parce que c'est difficile de faire des généralités. Euh... on va prendre euh... je sais pas dans quelle mesure je déprescris des trucs. On reste sur les médicaments parce que la déprescription des exams complémentaires c'est un peu plus compliqué à voir mais euh..... en gros soit c'est quelqu'un qui l'a toujours eu toute sa vie. Et là clairement, on va pas le faire d'un coup. D'abord on apprend à se connaître, on le voit une fois... en général je change pas les traitements la première fois quels que soient les traitements. J'attends la deuxième fois et là je repose la question : « et ce médicament-là, vous en pensez quoi ? vous en pensez quoi ? » Et puis euh... et puis en général au début j'osais pas trop faire ça... maintenant je le fais. C'est-à-dire que bah « maintenant on a un peu évolué sur ce médicament, finalement ça serait peut-être plus la peine. Les dernières études montrent que... » Voilà. Et on commence à en parler comme ça. Et en fonction de si les patients sont d'accord ou pas, on l'enlève. Euh... parce que des fois c'est juste des problèmes de... ils savent pas que c'est pas utile je pense. Euh... sur euh... typiquement euh... déprescrire des anti... enfin sur les choses que j'ai initiées moi, bah... je crois que j'ai à peu près la même démarche finalement. Et déprescrire euh... Non bah... non en fait je suis bête, y'a pas plusieurs situations. Y'a ceux que je connais pas... ce que j'ai moi, bah... je fais pareil en fait. Je leur dis « bah ça a changé et peut-être que dans cinq ans ça changera encore ».

E : Et quand vous dites « ça a changé » c'est le... enfin en tout cas les... les... la science qui dit que bah voilà c'est plus forcément efficace ou plus adapté à ce patient-là ? Et est-ce que vous lui... enfin est-ce que ça peut aussi changer en fonction du moment de vie du patient ? Est-ce que... je sais pas... pour les antidépresseurs par exemple ? Ou vous les abordez un peu en fonction d'eux-mêmes ou... ?

M11 : Ce que je fais c'est que j'attends qu'il me fasse confiance et ouais j'attends aussi que ce soit le moment. C'est-à-dire... je vais pas m'amuser à déprescrire un médicament si euh... en fait, on est en train de gérer quelque chose d'un peu plus aigu et juste qui me semble plus important quoi. Tant pis pour euh... le traitement...

E : Donc faut attendre le bon moment aussi pour le pour le patient ?

M11 : Oui c'est si... l'autre situation, c'est tout ce qui est déprescription des psychotropes chez les gens addicts. Mais je trouve que c'est une autre problématique. Là on est dans la problématique des addictions et du coup clairement là... leur dire « ah c'est pas bon pour la santé », enfin ça sert à rien. Enfin si, mais faut que je trouve autre chose. Et du coup euh... eux j'y arrive pas.

E : Ouais, enfin en tout cas tout le monde dit que c'est vraiment hyper difficile euh... les psychotropes...

M11 : Chez ceux qui sont accros euh... c'est pour ça que de faire plus attention à ne pas les mettre, c'est moins difficile. Mais tout ceux pour qui c'est une addiction... Si y'a eu un moment, euh... typiquement pour les somnifères euh... la mélatonine, c'était pas mal. Parce que du coup on dit « alors y'a un médicament... » c'était nouveau, donc euh... du coup des fois on y arrive.

E : Ça en tout cas chez certains patients ça a marché ? de switcher avec la mélatonine ?

M11 : Ouais... j'aurais pas d'exemple comme ça mais oui... les personnes âgées souvent ça marche bien. Enfin ça marche un temps et puis...

E : Et est-ce que par exemple en sortie d'hospitalisation ça peut être utile ? Enfin un... un levier en tout cas ou est-ce que c'est plutôt délétère ? Le patient, il est trop perturbé euh... c'est plus difficile de... ?

M11 : En sortie d'hospitalisation ? Bah c'est plus facile en hospitalisation de dire « on arrête le truc » et moi après mon job c'est de pas le remettre. Euh... ça c'est plus facile. Bien que ce soit pas du 100% quand même. Euh... ça m'est honteusement arrivé de remettre des choses que l'hôpital avait réussi à arrêter. Euh... par contre euh... non... une fois que l'hôpital a dit qu'il fallait le prendre euh... enfin sur des psychotropes euh... si... les psychotropes je pense que ça peut être assez facile de les arrêter mais c'est quand même difficile hein. Ils sortent d'hospitalisation et leur dire « ah non non non, ils ont fait n'importe quoi on change tout » non, ouais c'est dur. Alors non... en plus je trouve que c'est pas le moment approprié quoi. C'est dommage parce que c'est le moment où faudrait le faire.

E : Euh... est-ce que vous avez des supports en consultation ? Vous vous appuyer euh... sur quelque chose euh... vous parliez des arguments scientifiques euh... des choses comme ça ?

M11 : Non, je leur demande de me croire ! Mais non j'ai pas de support particulier pour déprescrire. Je sais pas, y'a pleins de médecins qui aiment bien faire des dessins et tout. Mais euh... je sais pas.

E : Y'a plein de méthodes... et plein qui marchent !

M11 : Ouais mais moi je suis pas...

E : Ça marche. Et comment ils réagissent vos patients ?

M11 : Quand on déprescrit ? Enfin quand on leur dit « bah finalement ce médicament-là ? » Eh ben, au début j'osais pas... parce que j'osais pas. Je sais pas si c'est une question de légitimité peut-être un petit peu. C'est-à-dire qu'au début j'avais du mal à me... me trouver légitime en leur disant « bah moi je pense que c'est pas la peine. » Donc j'ai contourné ça. Je leur dis pas « moi je pense que c'est pas la peine que vous le preniez. » Je leur dis « les données de la science » un tiers, pas moi « estiment que y'en a plus besoin. Vous en pensez quoi ? » Et en fait... le fait... alors je sais pas si c'est parce que j'ai gagné en légitimité de pouvoir être capable de dire « c'est bon, euh... il va me croire » ou si c'est la manière d'orienter les choses, mais je trouve que c'est pas mal vécu. C'est rare qu'on me dise euh... « voilà, non moi j'y tiens absolument » voilà. Des fois y'a des périodes un peu de doutes... ah si... si dans les outils de déprescription quand même, je suis désolée c'est décousu hein ! Dans les outils de

déprescription euh... ce que j'utilise euh... ça va être pour la déprescription des statines. Les outils de risque SCORE ou les outils de... d'aide à la décision médicale partagée de la Mayo Clinic qui font des super trucs. Ça euh... ça je l'utilise avec eux et en fait je... je suis plutôt surprise. C'est-à-dire que des fois je leur dit « oh faut le déprescrire »... je lui fait tout le truc et en fait ça montre qu'il faut le prendre... Ah zut ! Alors du coup je leur montre les jolis schémas : « Vous avez vu, si vous le prenez, vous avez tant de chances... tant de chances de pas avoir d'évènement. Si vous le prenez, vous avez tant d'effets indésirables. Mmh... faudrait plutôt le prendre ou pas le prendre. » Et en fait euh... une fois sur deux j'ai l'effet inverse. C'est-à-dire euh... moi je dis « mmh... je pense qu'il faudrait plutôt pas le prendre. Ah bah non quand même vous avez vu le risque ? Ah non je préfère le prendre. » Ah bon, raté. Ou parfois au contraire « vous avez vu euh... le risque que vous prenez à pas le prendre ? » Et... et c'est « oh ouais, moi je trouve que c'est pas un gros risque je le prends pas. » Bref donc du coup euh... c'est pratique et en même temps je suis un peu surprise par ce que j'en ai. Euh... et la question initiale était ?

E : Euh... les attitudes des patients...

M11 : Ouais et bah du coup euh... du coup, ils sont plutôt assez ouverts quand euh... Je sais pas si j'ai... encore une fois je sais pas si j'ai gagné en légitimité mais j'ai pas l'impression... ou alors ils me disent pas, ils osent pas me dire... Mais j'ai pas l'impression qu'ils soient pas contents ou... Y'a ceux que ça effraie de pas dormir par exemple, voilà. Mais, ça on peut en parler mais... mais ils le prennent pas mal quoi.

E : Et euh... est-ce que vous adaptez un peu votre discours aussi selon les patients ? Euh... je sais pas un patient qui est très euh... qui... qui veut tout savoir... vous pouvez rentrer assez loin dans la physiopathologie ou truc comme ça ? Ou pas du tout...

M11 : Alors je suis nulle en physiopath donc non... je rentre pas trop... non mais, euh... non. Est-ce que je rentre très... très loin, je ne crois pas.

E : Ils sont pas forcément demandeurs en tout cas ?

M11 : Je réfléchis mais euh... j'en vois un là qui est très demandeur de « et pourquoi je le prends ? Et pourquoi je dois l'arrêter ? » Et voilà euh... est-ce que je lui explique ? En fait ça me barbe de lui expliquer euh... donc du coup euh... je pense que je prends pas le temps. Mais en recentrant sur lui euh... j'essaie de répondre à ses questions mais sans rentrer dans trop les détails techniques. Parce que la question c'est pas les détails techniques quoi.

E : C'est pour quoi comme médicament par exemple ?

M11 : Lui c'est un antidépresseur, mais ça a été compliqué. Y'a un moment il avait l'indication de le prendre, il voulait pas le prendre. Ensuite y'avait plus d'indication, il voulait le prendre. Je lui ai donné. Et là il veut l'arrêter, mais il sait pas. Ou il veut augmenter, mais il sait pas. Moi j'aimerais qu'il l'arrête parce que ça sert à rien. Euh... pffou.... Et je trouve que c'est super difficile. C'est-à-dire que je trouve que y'a aucune indication à ce qu'il le prenne sauf que lui il est persuadé que y'en a alors euh... Enfin ce qui est difficile c'est que du coup lui pour lui il... déjà il est ambivalent en fait. S'il était clair sur euh... « je veux le prendre / je veux pas le prendre », peut-être que j'y arriverais plus frontalement à lui faire comprendre que non, y'a pas d'indication. Et comme il est ambivalent, euh... j'aimerais pas le brusquer en allant contre sa décision. Et en même temps euh... quel est l'intérêt qu'il le prenne quoi...

E : Ça marche. Euh... est-ce que vous avez des classes médicamenteuses spécifiques à déprescrire ?

M11 : Bah les statines, on en a parlé. L'aspirine mais ça... ça devient quand même plus fréquent. Les antidépresseurs, les somnifères... Qu'est-ce qu'on voit d'autre passer comme trucs euh... bah les ouais si... bah après y'a les trucs un peu à la marge genre les pilules euh... pas adaptées euh... qu'est-ce qu'il y aurait comme prescription ? les traitements euh... non c'est tout. Après ouais si les antidouleurs mais ça je suis pas très forte, je fais pas... je pense qu'il faudrait que je revoie tout ce qui est les opiacés euh... je pense que j'en prescris trop et pas de manière assez réfléchie et voilà. Mais ça c'est pas trop... j'ai pas encore trop... trop de problème.

E : Et est-ce que y'a des choses qui pourraient euh... contrarier ou entraver votre déprescription ?

M11 : Bah quand je suis fatiguée euh... j'ai la flemme. Euh... quand les patients sont très... très... très sûr d'eux, très revendicatifs euh... ben ça va avec... j'ai la flemme... des fois j'ai pas le courage euh... de prendre sur moi. Alors qu'en fait quand j'ai le courage, finalement ça se passe bien donc c'est vraiment dommage. Donc la fatigue surtout. Et puis le moment ça on en parlait, c'est-à-dire que y'a des moments, c'est pas... c'est pas le bon moment quoi. Et puis y'a parfois des... enfin sur les somnifères notamment, c'est le manque d'alternative à leur proposer quoi. Autant euh... enfin sur les choses où ils sont, où ils peuvent être un peu dépendants, je trouve que c'est compliqué. Parce que euh... bah parce qu'on a appris à prescrire et que du coup euh... donc on sait pas quoi leur prescrire d'autre. Et prescrire euh... d'aller euh... je sais pas... prescrire d'aller faire du sport euh... de lire un bouquin et tout ça euh... si mais c'est pas de la prescription pure du coup c'est difficile quoi. C'est pas la prescription, on donne pas un papier... enfin si... il suffirait... Médecin 20, il a dû dire qu'il mettait sur le papier « je prescris une heure de lecture tous les soirs d'un super bouquin machin ». Je le fais pas euh... et du coup euh...

E : On est quand même à la recherche d'une alternative ?

M11 : Bah on a encore ce truc quoi... on a tous grandi, enfin tous je sais pas... moi j'ai l'impression d'avoir grandi avec le médicament magique, qui résout tous les problèmes. Y'a encore beaucoup de patients qui sont là-dedans. Et le fait qu'on leur donne pas le médicament magique qui résout tous les problèmes, à la place d'un autre médicament qu'il va plus prendre... et bah voilà on est encore... moi je suis pas... parfois je suis encore un peu gênée. Et clairement les patients ils sont... j'ai l'impression qu'ils sont en attente de ça.

E : Et euh... et le temps ? Est-ce que ça vous gêne ? Tout le monde dit que ça prend beaucoup de temps de déprescrire... ?

M11 : Oui ça prend du temps, ça... ça va plus avec la fatigue. Si je suis pas fatiguée, c'est pas grave de prendre du temps, je le prendrais. Si je suis fatiguée et super... super... super en retard ouais, je vais...

E : Ça marche. Et les spécialistes ? Les autres spécialistes d'organes ? Est-ce que c'est un frein, est-ce que c'est un levier ? Est-ce que vous vous en aidez ou... ?

M11 : Euh... non. Genre euh... « cher confrère euh... confirmez à ce patient... » euh... non c'est ça ?

E : En tout cas y'en a certains qui disent que c'est hyper difficile parce que justement, ils prescrivent pleins de trucs... Le Kardegic en prévention primaire...

M11 : Oui c'est ça, c'est plutôt un frein !

E : Et y'en a d'autres qui disent justement, le fait de... de... d'en parler avec le spécialiste euh... ça peut... ça peut aider à ce que... à convaincre le patient euh... voilà !

M11 : Bah c'est plus dans l'autre sens. C'est-à-dire que j'ai plus souvent des... des médicaments que je voulais prescrire et on me disait non non non. Et du coup j'ai appuyé par le spécialiste qu'il fallait le faire et là ça marche plutôt. J'ai plus souvent ça. Par contre oui, c'est plus un frein... c'est-à-dire que c'est terrible quoi. « Si si si... il faut la statine... il faut le machin » ah punaise ! Et du coup et c'est... ça rejoint la question de tout à l'heure c'est que la question de la légitimité du coup, elle est super compliquée à gérer. Enfin nous spécialistes euh... enfin c'est nous... c'est-à-dire que moi-même avec moi-même quoi... Est-ce que je suis vraiment suffisamment compétente pour passer au-delà de la prescription du spécialiste ? Donc ça maintenant je le gère. Mais et après y'a la légitimité vis-à-vis du patient, c'est-à-dire que y'a des patients qui n'entendent pas qu'on puisse euh... pour eux c'est compliqué. Pour eux le spécialiste a dit... c'est normal... il a fait plus d'étude... c'est voilà... il est spécialiste de... mais euh... mais ça je trouve que c'est pareil je pense euh... après je pense qu'on se fait sa patientèle. Mais euh... mais moi mes patients en grande majorité ils me font confiance là-dessus. Enfin ceux que j'ai en tête.

E : Ça marche, super. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M11 : Non, je crois pas. Non... parce que finalement si ! J'allais juste dire sur les examens complémentaires notamment parce que je réfléchis en même temps... Le frottis par exemple euh... c'est un peu le même mécanisme en fait. Donc euh... enfin les sur-prescriptions de frottis par certains

spécialistes et euh... savoir en fait les recos... les machins c'est ça... Mais du coup je fais exactement pareil. Et c'est accueilli de la même manière. Voilà, donc c'est bon.

E : Ça marche, super, merci !

Entretien médecin 12 :

E : Euh... voilà donc ça va durer moins de trente minutes hein... et le but c'est de trouver un peu les petits moyens, les petites techniques, les petites recettes qu'ont les médecins euh... pour déprescrire. Pour essayer de faire un espèce de guide un peu global pour aider les jeunes médecins à déprescrire... parce qu'ils ont du mal. Donc la première question d'abord c'est un peu euh... comment... comment est votre pratique au cabinet ? Euh... est-ce que vous avez euh... d'autres activités en plus ? Des formations ?

M12 : Non, j'ai une activité uniquement au cabinet. Bah après ça fait pas très longtemps que je suis installée, depuis février 2018... donc ça fait un an. Avant j'étais remplaçante et là je fais euh... bah je fais quatre jours et demi par semaine au cabinet. Enfin je travaille tous les jours sauf le mercredi et parfois le samedi matin.

E : D'accord. Il y a des spécificités à votre patientèle ou c'est un peu tout venant ?

M12 : Nous on a commencé avec Doctolib... donc plutôt une patientèle plutôt jeune. Y'a des personnes âgées qui viennent petit à petit mais du coup... ça prend un peu plus de temps. Comme ils viennent via les pharmacies... Donc c'est un peu plus lent. En moyenne d'âge entre 25 et 35 ans euh... voilà.

E : D'accord, super. Et est-ce que vous lisez des revues ou vous avez assisté à des formations ?

M12 : Alors euh... je lis euh... *Prescrire*. Sinon non, pas forcément d'autres revues. Après les formations, des fois je fais des DPC. C'est vrai que c'est compliqué de trouver le temps parce que j'ai un bébé donc c'est pas... mais donc j'essaie de me former.

E : Ça marche. Et euh... quelle est votre définition de la déprescription ?

M12 : Euh... ma définition de la déprescription... Euh..., bah essayer de prescrire euh... le moins de médicaments possible, pour éviter les effets secondaires des médicaments. Euh... voilà. Après c'est pas du tout pas prescrire euh... mais voilà. Essayer de limiter la prescription en mesurant à chaque fois le... le bénéfice-risque des médicaments.

E : Ça marche. Et comment est-ce que vous avez connu ça ?

M12 : Euh... bah moi j'étais en stage bah en fait pendant ma thèse euh... j'étais en stage... enfin avant... juste avant ma thèse j'étais en stage en SASAPS dans un cabinet à Ville 9, où ils étaient très pratique universitaire et tout ça. Donc euh... j'essayais un peu de chercher un sujet de thèse et puis on m'a... à un moment y'avait un article sur *Prescrire* qui est sorti. Euh... qui... en fait à ce moment-là je me posais aussi beaucoup de questions. Parce que en étant interne euh... bah juste avant... à l'hôpital, on nous euh... enseignait enfin beaucoup de prescrire. Enfin pour telle maladie, fallait tel médicament et tout ça. Et euh... et en fait quand on arrive en médecine générale, on voit beaucoup de rhumes... enfin de rhinopharyngites choses comme ça et puis finalement on nous enseigne pas vraiment comment les traiter. On dit « c'est viral, ça va passer tout seul. » Et en fait quand je suis arrivée en stage de premier enfin de niveau 1 euh... le médecin avec qui euh... mon maître de stage, il avait tendance à prescrire euh... pas mal de traitements antitussifs... des pschitts pour le nez euh... choses comme ça. Alors que c'est des choses qu'on connaissait pas du tout euh... de base.

E : Le début était hyper dur ?

M12 : Voilà c'est ça. Et euh... et pareil quand j'étais interne, mon premier stage, enfin ma première garde aux urgences... euh... bah rhinopharyngite... on demande ce qu'il faut prescrire au médecin : « bah tu mets euh... de l'Hélicidine... un truc pour le nez et puis euh... et puis basta. » Et puis au final euh... bah en fait on est un peu perdu parce qu'on sait pas... qu'est-ce qu'il faut vraiment prescrire...

Est-ce que ces médicaments sont efficaces ? Est-ce que voilà. Donc déjà je me posais ces questions-là quand j'étais... enfin je savais pas trop s'il fallait... enfin... des antitussifs. Parce que y'a toute une liste de médicaments antitussifs. On sait pas trop s'il faut... si c'est bien de les prescrire ou pas. Tous les médecins euh... disent, enfin... ont des sons de cloche différents euh... donc j'ai regardé un peu les articles et tout ça. Et du coup quand j'étais en stage euh... là-bas... bah comme y'avait ce... cet article qui est sorti et justement y'avait une partie euh... antitussifs et tout ça. Donc je me suis intéressée, enfin... je voulais essayer de voir si on pouvait pas faire une thèse dessus ou euh... avancer là-dessus. Euh... et puis au final euh... on s'est rendu compte qu'en dehors des antitussifs y'a aussi d'autres médicaments qu'on a tendance à prescrire comme euh... le Motilium [Dompéridone] qu'on prescrit systématiquement... enfin qu'on prescrivait avant systématiquement pour les gastros. Moi j'en ai prescrit pleins euh... aux urgences. Et puis on se rend compte qu'au final... y'a pleins d'effets secondaires et qu'on les connaît pas forcément et que c'est toujours sur le marché tout ça. Donc c'est ce qui m'a amené à faire ma thèse. Enfin j'ai discuté avec les autres médecins... comment est-ce qu'on peut faire une thèse dessus et ça m'a permis d'avancer voilà. Et du coup ça... ça m'a appris beaucoup de choses. Et euh... voilà. (Rires)

E : Super. Et euh... comment est-ce que vous abordez la déprescription avec votre patient ? Est-ce que vous avez une phrase d'accroche, un moment particulier de la consultation ?

M12 : Bah j'essaie d'expliquer... Est-ce que c'est pour un médicament particulier la question ou en règle générale ?

E : Comme vous voulez, tout est possible.

M12 : D'accord. Alors par exemple, toujours sur le... le rhume. J'essaie de leur expliquer que c'est viral euh... et que euh... alors je dis pas... je commence pas par « je vais pas prescrire ce médicament. » Je dis, enfin... j'explique d'abord le pourquoi du comment et puis du coup je parle euh... des médicaments. Par exemple la toux... je commence par dire que la toux c'est un réflexe naturel, qui permet de faire sortir les germes. Que s'il prenait quelque chose pour la toux bah, ça... ça diminuerait la toux mais euh... y'a des risques de garder tous ces... tous les virus et que ça risque de se compliquer. Donc au contraire il faut évacuer. Euh... et donc du coup il vaut mieux ne pas prendre de sirop euh... contre la toux. Je prends plutôt le taureau par les cornes on va dire.

E : Plutôt d'abord la physiopathologie ou le pourquoi...

M12 : Voilà c'est ça, pourquoi euh... voilà c'est un virus, y'a pas de signe d'infection d'origine bactérienne, donc y'a pas besoin d'antibiotique. Voilà donc j'essaie de faire ça et en général ça marche bien quand on prend le temps d'expliquer le pourquoi du comment. Ils comprennent, voilà. Par exemple pour les pschitts pour le nez je leur dis « c'est des vasoconstricteurs euh... donc ça marche bien pour le nez qui coule. Mais euh... ça donne aussi des... des infarctus... des AVC et tout ça. Donc euh... il vaut mieux que... c'est dommage de se retrouver paralysé euh... pour un rhume. » Et enfin à ce moment-là en général ils comprennent que, voilà.

E : Et euh... et pour des médicaments qu'ils ont déjà dans leur ordonnance, des médicaments un peu chroniques et... vous... vous enfin... en tout cas vous avez décidé ou vous pensez qu'ils ne sont pas nécessaires. A ce moment, comment est-ce que vous abordez le sujet ?

M12 : Dans ces cas-là c'est, c'est un peu compliqué... plus compliqué je veux dire... quand ils ont l'habitude de prendre ce type de médicament. Après pareil, je leur explique un petit peu les effets secondaires euh... des... des traitements. Euh... pourquoi il vaut mieux... et puis en général... en fait c'est plus facile quand y'a un médicament à substituer. Euh... quand on... quand on peut leur proposer un autre médicament à la place, c'est vrai que c'est plus simple que de dire : « Ah bah non faut complètement arrêter ce médicament-là. » Voilà, enfin c'est ce que j'ai remarqué. Après j'essaie de leur exposer un peu les effets secondaires et de leur proposer éventuellement d'arrêter... de le réévaluer après, pour voir. Enfin de les accompagner et de les réévaluer après euh... voir si y'a une amélioration ou pas. En leur mettant l'option que si vraiment ça va pas avec l'arrêt euh... bah voilà, on ferme pas complètement la porte et qu'on peut euh... éventuellement le reprendre. Mais qu'on peut faire un essai, euh... enfin essayer de... de dire « quand même on est là » pour euh... on les laisse pas dans la nature.

E : On les aide avant tout quoi.

M12 : Voilà.

E : Ça marche. Et en sortie d'hospitalisation, est-ce que c'est plus facile, plus difficile ? Est-ce que vous vous appuyez un peu sur ce moment-là ou... ?

M12 : En sortie d'hospitalisation quand y'a un médicament qui vient d'être commencé à l'hôpital ?

E : Oui, commencé ou arrêté ou...

M12 : Ça dépend du médicament je dirais. Après c'est sûr que c'est plus délicat quand c'est un médicament... Enfin il vient d'être hospitalisé, y'a un médicament qui vient d'être commencé, c'est plus délicat de complètement arrêter. Après c'est que... que si c'est un médicament vraiment dangereux, où euh... voilà. Je sais pas si c'est un traitement euh... si c'est un anti-Alzheimer qui va être prescrit bah c'est sûr que je l'arrête. Après si c'est d'autres médicaments... enfin voilà... ça dépend du médicament euh... voilà. Mais ouais enfin... c'est encore enfin... encore une fois la difficulté avec ma thèse... quand c'est d'autres personnes qui ont commencé la prescription... d'autres spécialistes qui ont commencé la prescription, c'est plus compliqué de l'arrêter sans leur demander leur avis quoi.

E : Ouais, j'ai vu... même en leur envoyant des lettres... c'était pas évident quoi.

M12 : Ouais, c'était pas évident.

E : Donc les spécialistes ça serait plutôt un frein ? Enfin ça contrarierait ça pourrait contrarier un peu votre déprescription ?

M12 : Pas forcément parce que y'a des spécialistes qui pourraient aussi être dans le... enfin dans enfin... comment... qui pourraient penser pareil que nous. Mais après moi je... enfin je me vois moins déprescrire quand c'est un collègue qui l'a déjà prescrit. Euh... enfin... contrairement à quelque chose que moi je commencerais ou euh...

E : Vous avez eu des bonnes surprises pendant justement votre thèse ? Ou des lettres que vous avez envoyées et ils étaient très contents que vous communiquiez avec eux ?

M12 : (Rires). Bah euh... avec les psychiatres, oui. Pour arrêter l'Effexor, on a eu pas mal d'effets positifs. Après ma thèse c'était sur six mois... c'était sur un seul cabinet... donc c'est vrai qu'on avait pas non plus...

E : Ouais, ils voient pas les cardiologues tous les... tous les deux mois non plus.

M12 : Voilà c'est ça, donc c'était assez court on va dire pour vraiment euh... avoir du recul je pense. Je pense que... parce que du coup y'a... vous avez dû voir la nouvelle interne qui est en train de faire sa thèse... je pense que y'aura plus de résultats parce que c'est quand même beaucoup plus euh...

E : Et euh... quels sont vos supports ou vos appuis en consultation ? Vous dites que vous vous appuyez un peu sur euh... bah les explications, la physiopathologie. Est-ce que vous avez d'autres choses, vous leur montrez des choses sur l'ordinateur ou... ?

M12 : Alors euh... pas forcément enfin je sais pas en tout cas pour le rhume euh... j'ai déjà mon discours euh... pré-fait (rires) on va dire... pour la gastro aussi. Après bon si y'a des... au niveau physiopathologie s'il faut leur montrer euh... l'anatomie, bah... je cherche euh... une image sur internet pour leur montrer. Euh... non, enfin j'ai pas de... voilà.

E : Et euh... vous agissez différemment selon les patients ou pas ? Est-ce que euh... y'a des discours qui sont spécifiques pour certains patients ? Et d'autres qui sont... d'autres patients où ça va être plus compliqué... il va falloir étoffer plus le discours ?

M12 : Oui, quand on sent qu'ils sont un peu plus réticents et tout ça... il faut... il faut dire plus de choses que d'autres. Mais sinon en règle générale j'ai le même discours pour tous les patients.

E : Et comment ils réagissent euh... ?

M12 : Bah moi je trouve que la plupart des gens, quand on leur explique bien et qu'on leur explique bah... comme je vous disais enfin... si on leur dit que les pschitts pour le nez ça va les rendre euh...

hémiplégiques... bah voilà... ils comprennent et ils veulent pas forcément euh... le prendre. Après c'est vrai que y'a certains patients qui peuvent être un peu euh... difficiles et ils peuvent insister... enfin notamment sur la prescription des antibiotiques euh... choses comme ça. Donc dans ce cas-là, au bout d'un moment... je finis par céder aussi. J'ai quand même prescrit des antibiotiques à un moment sans forcément être euh... le vouloir. Mais après je leur euh... enfin si c'est juste... si c'est pas un truc dangereux, si c'est euh... l'amoxicilline... je leur dis : « bah écoutez je vous le prescris parce que vous insistez. On vient de perdre une demi-heure à expliquer, bah voilà. Mais que je vous ai déjà dit les effets euh... les risques euh... » Si c'est par exemple une bronchite et qu'il veut quand même les antibiotiques, je prescris quand même une prise de sang avec NFS-CRP et une radio en disant : « bah voilà, si vous avez peur d'avoir quelque chose... bah il vaut mieux faire les examens et en fonction des examens, prendre le traitement. Toutefois je vous mets quand même l'antibiotique sur l'ordonnance. C'est euh... c'est à vous de prendre la responsabilité euh... voilà. » Quand je sens qu'ils veulent pas... enfin qu'ils veulent pas forcément revenir pour payer vingt-cinq euros pour euh... voilà... enfin voilà. Je trouve que je les ai un peu saoulés quoi. Je fais ça. Enfin c'est vrai qu'il m'arrive de céder un peu parfois comme ça. Après on peut pas euh...

E : On peut pas tout faire. Vous avez des classes médicamenteuses un peu préférées à déprescrire ?

M12 : A déprescrire ? Euh... bah moi en tout cas euh... pour les... tout ce qui est traitement euh... rhinopharyngites et gastros. Bah comme c'est quand même des pathologies euh... qu'on voit souvent, enfin surtout... surtout en ce moment et surtout avec la patientèle que j'ai... comme j'ai une patientèle plutôt jeune. Euh... pour l'instant les ALD tout ça... sont plutôt rare. Enfin ça vient petit à petit mais c'est plutôt rare. Donc c'est quand même des choses que je vois pas mal dans la journée et que j'arrive bien à déprescrire.

E : Et du coup vous prescrivez quoi ? Quand il vient pour une rhinopharyngite et qu'il tousse et...

M12 : Alors moi je prescris bon... du doliprane, lavage de nez avec soit du sérum physiologique soit des sprays à bases d'eau de mer, comme Physiomer... Sterimar choses comme ça. Même si c'est pas remboursé, euh... ce que je trouve dommage d'ailleurs. Euh... et puis après éventuellement enfin... la toux je leur explique. Mais s'ils ont du mal à dormir la nuit, je leur mets du Tussidane... juste la nuit au coucher. Et je leur donne euh... des conseils. Enfin plus des conseils comme euh... laver le nez, boire beaucoup euh... humidifier l'air. Des choses comme ça. Et euh... c'est vrai que c'est... enfin c'est dur parce que c'est des consultations qui prennent quand même du temps. On pourrait se dire vite en cinq minutes c'est fini... mais en fait le temps d'expliquer tout ça et de voir qu'il a compris voilà. Euh... ça prend du temps. C'est plus voilà... ça prend plus de temps que de prescrire euh... l'Helicidine et le... le Pivalone. Euh... mais après c'est... je trouve que ça fait partie d'une éducation du patient et que voilà enfin... il risque pas de reconsulter une énième fois euh... pour une rhinopharyngite euh....

E : Vous avez l'impression qu'au fil du temps aussi vous arrivez à éduquer votre patientèle ?

M12 : Voilà c'est ça et puis du coup on a enfin... on arrive à avoir moins de consultations de ce type, voilà.

E : Top. Et euh... au niveau des benzodiazépines... tout le monde dit que c'est hyper compliqué, qu'on y arrive pas, que c'est trop difficile à déprescrire. Est-ce que vous avez des expériences avec ça euh... ?

M12 : Au niveau des benzodiazépines alors en fait euh... déjà pour les patients qui demandent un somnifère euh... surtout quand ils sont jeunes et tout ça euh... j'essaie de leur expliquer que... que c'est pas... enfin qu'à leur âge, il vaut mieux ne pas commencer un somnifère et tout... et qu'il vaut mieux enfin plutôt des conseils euh... naturels. Euh... enfin par exemple j'ai tendance à plus prescrire un peu d'Euphytose. Euh... et puis euh... plutôt des conseils sur le sommeil et tout ça, les orienter éventuellement vers un psychologue voire sophrologue, voilà. Et de les écouter parce que l'écoute aussi ça... ça aide. Euh... et de pas commencer déjà les benzodiazépines. Si je les commence, je leur dis que... enfin quand ils sont vraiment pas bien et que voilà... je... quand je les commence, je leur dis que c'est un traitement euh... de courte durée. Euh... parce qu'à long terme ça peut rendre dépendant et que ça donne des troubles de mémoire, des choses comme ça donc c'est pas l'effet recherché... tout

ça. En fait en amont, j'essaie déjà de leur dire les effets secondaires et tout ça. Euh... et puis euh... voilà.

E : Ouais. Bien préparer la déprescription dès le début ?

M12 : Voilà, préparer d'abord le terrain pour que ce soit plus facile.

E : Et du coup ça marche ils arrivent à... enfin ils prennent pendant quinze jours et puis après ils arrêtent ?

M12 : En règle générale oui. Après euh... je réévalue, je donne euh... enfin après j'essaie de faire euh... le test d'Hamilton, pour voir si y'a pas un syndrome dépressif... dépressif où faudrait un traitement anti-dépresseur. En règle générale j'ai plus tendance à prescrire de l'Atarax [hydroxyzine] plutôt que du Xanax [alprazolam] euh... voilà. Parce que c'est... enfin je trouve que c'est plus facile. Enfin y'a moins de dépendance et c'est plus facile à arrêter que... que les benzodiazépines. Après s'il faut vraiment euh... ouais, je vais le prescrire mais voilà.

E : Est-ce que y'a des choses qui pourraient entraver ou contrarier votre déprescription ?

M12 : Euh... Pffou... là comme ça euh... comment... contrarier ma déprescription...

E : Y'a des choses qui vous font dire que bah... c'est quand même trop difficile euh... malgré tout...

M12 : Bah certains patients (rires). Certains patients qui veulent quand même... qui sont attachés à leurs traitements, qui sont euh... voilà. Qui euh... même quand on leur explique euh... qui veulent pas. Voilà c'est des choses qu'ils sont habitués à prendre et ils comprennent pas forcément, voilà. Euh... le temps que ça prend aussi. Parce que voilà... comme je vous l'ai dit, ça prend quand même du temps pour expliquer au patient... qu'il comprenne et que voilà. Et que c'est plus facile euh... de leur enfin... par exemple quand ils ont un médicament qu'ils prennent déjà, c'est plus facile de le renouveler que de prendre le temps de leur expliquer et que... voilà. Et donc des fois, quand on est euh... débordé, quand on a une heure de retard euh... c'est compliqué. Après euh... j'essaie de le faire, mais voilà. Je pense que le temps c'est le...

E : Parfois il faut peut-être reporter ?

M12 : Plusieurs fois aussi, pour euh... et puis leur dire aussi euh... plusieurs fois. Enfin dire les effets secondaires peut-être pas en disant « je vais l'arrêter aujourd'hui », mais euh... leur expliquer en disant « faudrait peut-être penser à... à ne plus le prendre » voilà et euh...

E : Qu'ils l'aient en tête pour la prochaine consultation ?

M12 : C'est ça... c'est ça. Pour euh... par exemple... un exemple que j'ai eu bah... aujourd'hui même, c'est la Prontalgine [paracétamol-caféine-codéine] pour une migraine. Euh... une personne qui prenait que de la Prontalgine et tout ça... elle venait pour le renouvellement de la Prontalgine. Donc j'ai un peu expliqué et en fait elle... elle disait que c'était la seule chose qui la calmait. Donc je lui ai dit que le Kétoprofène ça a quand même plus d'indications pour les... pour la migraine et tout ça. Donc j'ai quand même mis les deux sur l'ordonnance en disant « je vous mets quand même la Prontalgine parce que c'est quelque chose que vous prenez, que vous me dites que vous êtes habituée. Mais essayez plutôt le Kétoprofène et euh... si ça marche et que y'a pas besoin de Prontalgine derrière bah voilà. » Et euh... enfin voilà.

E : Ouais. En lui laissant quand même une porte de sortie ?

M12 : Oui parce qu'on peut pas non plus... Enfin quand on leur rentre dedans je trouve que c'est c'est plus compliqué à négocier (rires). Et que euh... et en leur disant euh... enfin en leur mettant quand même sur l'ordonnance... enfin c'est plus... je trouve que c'est plus facile. Et puis ils ont plus confiance du coup en nous.

E : Ouais du fait qu'ils peuvent revenir si jamais euh... y'a un souci, vous continuerez à les écouter...

M12 : Voilà et puis qu'ils ont quand même le... sur l'ordonnance, ils ont quand même le médicament euh... bah ça leur donne quand même plus confiance. Plutôt que de venir et puis finalement ils repartent avec une autre ordonnance euh... des fois ça peut les freiner un petit peu et voilà. Par

exemple qu'ils aient... ils vont peut-être aller voir un autre médecin derrière pour avoir leur... leur prescription. Et puis je me dis Prontalgine... ça tue pas non plus donc euh... voilà.

E : Et euh... le fait de déséquilibrer une pathologie... est-ce que ça vous fait peur ? Je sais pas vous vous rendez compte que y'a une statine qui est prescrite à quelqu'un alors que y'a aucune raison et vous voulez l'enlever. Mais euh... si jamais en fait euh...

M12 : Oui bah oui des fois on se pose la question « est-ce qu'il vaut mieux vraiment l'enlever ou le... le remplacer ? » les choses comme ça. Les statines moi j'en... enfin après ça dépend de... de ce qu'il avait comme cholestérolémie. Mais pas exemple si j'ai du Crestor [rosuvastatine], j'aurais plus tendance à remplacer par de la Simvastatine ou un autre traitement voilà. Mais c'est vrai que oui, des fois on a tendance à... par exemple la... la sitagliptine pour le diabète... c'est vrai que quand ils ont un traitement un peu maximal, on hésite à l'enlever en disant « je vais peut-être, je vais faire remonter l'hémoglobine glyquée. » Donc c'est peut-être pas judicieux. Enfin c'est sûr que y'a pleins de fois où j'hésite.

E : Mais vous le faites quand même au final ? Ou ça dépend ?

M12 : Ça dépend. Y'a des fois où j'ai plus de mal... où je demande un avis voilà. Mais euh... ouais des fois je le fais... des fois.

E : Et quand vous demandez un avis enfin effectivement ça vous arrive aussi de vous appuyez un peu sur euh... bah du coup le diabétologue ou euh... ?

M12 : Oui c'est ça.

E : Qui peut vous aider un peu ?

M12 : Qui peut m'aider un petit peu. Après c'est vrai que là enfin... j'ai pas non plus euh... beaucoup d'expérience euh... voilà dans ce domaine-là. Mais euh... voilà, j'essaie.

E : Ok, super, bah merci beaucoup. Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter euh... ?

M12 : Pas globalement, non... je pense qu'on a fait le tour.

E : Ouais, ouais... totalement. Super, bah merci beaucoup !

Entretien médecin 13 :

E : Donc déjà euh... est-ce que vous pouvez définir un peu votre pratique, votre patientèle ? Comment vous travaillez ? Est-ce que vous avez des formations ou des choses comme ça ?

M13 : Alors euh... bah je suis... d'abord, je suis en cours de... Je prends beaucoup de libertés tout simplement parce que... tout simplement, je suis en cours d'arrêt hein... j'ai 64 ans. Donc euh... donc euh... j'ai jamais prescrit beaucoup de médicaments. Je me suis formée à l'homéopathie à l'époque où je me suis installée là, il y a plus de 30 ans, tout simplement parce que j'avais pas un chat et donc il fallait que je m'occupe. Pourquoi pas l'homéopathie après tout, je voulais savoir ce que c'était. Ça m'a aidé à moins prescrire d'office. Et puis euh... c'est vrai que bah... je me suis inscrite pendant très longtemps à *Prescrire*. Euh... bah j'ai bien vu quand même que les médicaments euh... c'était aussi source d'effets secondaires. J'ai quand même gardé ce qu'on m'enseignait à la fac que... qu'on continuait de vous enseigner. Euh... qui était dire qu'au-delà de trois ou quatre médicaments en tout cas chez les personnes âgées c'était juste... en tout cas on ne savait plus ce qu'on faisait. Et quand je vois des personnes âgées qui en ont quinze, je me dis quand même euh... c'est quand même bizarre. Donc voilà tout ça m'a amené à... à... d'une manière générale à prescrire peu de médicaments. Je vais vous dire tout de suite que les patients qui sont suivis par un rhumato, par un gynéco, par euh... un cardio, par un pneumo euh... à l'occasion, bon... en gros je me mêle plus de rien. Parce que je considère que je serais pas... je... voilà, je me sens même plus habilitée. Euh... mais c'est sûr que quand je vois des patients, je les adresse en général moi à des correspondants que je connais et euh... et que j'ai sélectionné parce qu'eux-mêmes ne prescrivaient pas beaucoup, voilà.

E : Et dans ces cas-là du coup ces... ces correspondants enfin les autres spécialistes c'est vraiment un plus du coup ? Ils vous aident ?

M13 : Ah bah c'est un plus parce que... c'est un plus parce que tout simplement on va pas se retrouver en porte-à-faux les uns avec les autres. Ils sont conscients que si on donne des anti-inflammatoires... pour la fonction rénale de la personne c'est pas forcément bien. Que si on donne euh... un anti... alors là les antiacides c'est un peu compliqué. Mais de plus en plus, même les gastros réalisent... ou les ORL qui en donnaient beaucoup, réalisent que euh... on a l'inconvénient un pour le rein et deux pour la mal-digestion ensuite puisque... ça c'est un cercle vicieux hein... le pH devenant moins acide, la digestion gastrique se fait moins bien. Donc euh... oui, ça compte euh... les histoires des statines je vais en parler hein. Euh... moi j'ai un correspondant cardio que j'aime beaucoup mais alors pour lui la statine faut... je... mais là je le suis pas parce que je suis convaincue qu'on fait du tort hein aux patients. Et je commence à trouver des... des cardios qui euh... qui reculent devant ça. Mais bon hein, ça c'est... voilà, je considère... je pense que d'autres le considèrent aussi... que c'est l'arnaque du 20e siècle. Merci de rester anonyme parce que... (rires.) Mais c'est effrayant hein, franchement... c'est... ouais. Donc euh... j'ai quand même le sentiment dans l'ensemble que mes patients, en prenant moins de médicaments, bah... je les protège. Alors en fait depuis trois ans, je me suis formée à la micronutrition aussi. Et la micronutrition bah... l'idée c'est d'aller voir dans nos cellules euh... ce qui manque. Euh... avant de donner des médicaments pour tel ou tel symptôme euh... c'est d'aller voir si euh... on a pas un stress oxydant au niveau des cellules. Parce qu'on a trop de Sélénium... pas assez de sélénium... trop de zinc... pas assez de zinc... trop de cuivre... pas assez de cuivre etc. [...] Et quand je pense que les diabétologues continuent de prescrire des statines euh... je me dis... on est dingues. Voilà, vraiment hein! Non... non... on est... on est plus des médecins si on continue de faire ça. On est des... on est des distributeurs de médicaments et c'est anti-santé. Donc euh... je suis contente... je suis contente d'avoir l'âge que j'ai. Je me dis... au moindre truc où j'ai un ennui avec la sécu, je me mets à la retraite et je continue à travailler quand même. Non mais je trouve qu'on est vraiment dans un monde dur. L'homéopathie c'est dingue les attaques... Au pire... au pire on y croit pas... on pense que ça marche pas bah voilà... si ça a un effet placebo, ça coûte pas cher, pourquoi l'attaquer pour l'interdire ? C'est même pas pour le dérembourser, c'est l'interdire. Parce que le déremboursement... sauf que quand vous déremboursez quelque chose ça coûte dix fois plus cher. Quelque chose qui coûtait un euro va coûter dix euros. Ça aussi c'est quand même... voilà. Bah je sais pas... j'en dis trop peut-être ! Mais la formation de micronutrition je vous la recommande hein. Ça vous ouvrira l'esprit d'une manière incroyable. Ensuite on peut pas... voilà. Alors je suis en secteur 2, ça m'avantage beaucoup. Parce que du coup, les consultations elles sont entre 35 et 80 euros. Y'a pas de doute hein... tous les gens qui peuvent payer 80 euros je leur fais payer 80 euros.

E : Et c'est combien de temps à peu près une consultation ?

M13 : Et ben c'est une heure quand même hein. [...]

E : Euh... mmh... qu'est-ce que ça serait votre définition de la déprescription ? Qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

M13 : Bah en fait déprescrire ça veut dire retirer... pour moi c'est retirer des médicaments d'une ordonnance.

E : Et... et vous avez connu ça comment ? Comment vous vous êtes intéressée à ça ?

M13 : Bah naturellement euh... je... enfin depuis toujours hein je veux dire. Depuis toujours, je crois que je suis connue malgré tout pour être quelqu'un qui ne prescrit pas beaucoup. Et ma règle c'était d'éviter de prescrire plus de trois trucs. Donc euh... bon alors je dépasse hein... parce que je donne des oligo-éléments... je donne de ci... je donne de ça. Mais pour moi c'est pas... c'est plus des vrais... c'est pas des molécules étrangères à notre organisme voilà. Donc euh... oui donc ça je suis pas d'une famille de médecin... on a jamais eu de médicaments donc c'était pas euh....

E : Et est-ce que vos démarches de déprescription elles ont évolué un peu au cours du temps ?

M13 : Bah les statines que j'ai jamais voulu... que j'ai jamais aimé prescrire... j'en ai prescrit très... très peu mais alors maintenant... elles ont carrément évolué dans le sens où j'ai compris que je faisais du

tort à mes patients. J'en ai pas prescrit beaucoup, vraiment. Et vraiment études à l'appui hein, on a vécu... comme disait un de mes profs de micronutrition, le cholestérol est peut-être un témoin sur la scène du crime mais c'est pas le criminel. Et le... et y'a... voilà, vous avez des Crétois qui meurent centaines avec trois grammes de cholestérol dans le sang. Je fais un bémol... quand y'a beaucoup de LDL, celui-là risque d'être oxydé et s'il est oxydé, il génère des mutations. Euh... donc c'est vrai que c'est bien de maintenir un taux de... mais enfin sortir... moi j'ai un de mes amis qui a fait un petit infarctus, il a pas de cholestérol, il est sorti avec 80 mg de statine. Je... alors il m'a dit « ils m'ont dit de faire du sport... je fais du golf... je peux plus faire de trous tellement j'ai mal. » Je lui ai dit « attends, t'arrête ça hein ! » Voilà... alors ensuite faut le... le... l'intérêt des statines, c'est éventuellement l'intérêt anti-inflammatoire... faut pas non plus le réduire comme ça mais bon, voilà. Y'a des... y'a des choses à faire mais euh... mais voilà. En gros j'accuse... j'accuse les médicaments... j'accuse les labos d'avoir, voilà... d'avoir... d'avoir un enjeu commercial au prix de la santé. Et j'accuse le ministère de la santé d'entrer dans leur jeu, voilà. Je reconnais.

E : Et comment est-ce que vous abordez la déprescription avec vos patients ? Quand ils viennent vous voir avec une ordonnance de...

M13 : Alors en général ils viennent me voir pour que je déprescrive. « Qu'est-ce que vous pensez qui est utile là-dedans ? » Mais euh... voilà. Et honnêtement ceux qui me demandent rien et qui veulent juste que je renouvelle euh... je le fais plus. Ça fait des années... je les vois pas. Je leur dis que voilà... je peux pas, j'ai pas le temps. Enfin j'ai pas le temps c'est pas... ça... ça serait pas gentil. Je leur dis que voilà... ils vont trouver quelqu'un à côté qui... qui sera gentil. Je suis un peu dans une autre démarche et que... ouais.

E : Et donc du coup vos patients enfin... vous avez un peu forgé votre patientèle à votre image ? Et quand ils viennent, c'est... c'est agréable parce que du coup vous pouvez vraiment dès le début vous lancer sur ça ?

M13 : Euh... oui mais ça se fait naturellement en fait... ça... ça se fait naturellement. En fait moi j'ai pas tellement ce problème de déprescription en fait... parce qu'elle est déjà faite. Et puis c'est surtout qu'ils viennent même plus pour ça. Ils viennent euh... bah sûrement au début, ils sont venus pour ça, voilà. Et alors oui je vous parle de mes débuts... de mes débuts où je faisais de l'homéopathie et où je disais à mes patients : « j'apprends ça... on me dit que ça marche euh... je vous fais deux ordonnances, une d'homéopathie. Vous essayez 48h... si ça marche pas euh... vous prenez l'autre. » Voilà, ça... ça a très bien fonctionné comme ça.

E : Et ils reviennent en disant « finalement ça a bien marché ? »

M13 : Ouais... ouais... y'en a pour lesquels ça a pas marché, mais j'en ai quand même eu un grand nombre pour lesquels ça a marché, ce qui m'a encouragé à le faire. Mais en revanche, j'ai toujours dit à des patients qui me téléphonaient en me disant « je viens pour une consultation d'homéopathie... » je leur ai toujours dit que euh... que je n'étais pas une homéopathe confirmée, parce que je ne le suis pas. Mais qu'en revanche euh... j'avais ça dans mon bagage et que si je pensais que y'avait des choses qui pouvaient relever de l'homéopathie, c'est ça que j'utiliserais de préférence. Mais que s'ils voulaient me voir uniquement pour l'homéopathie, je leur conseillais de voir un homéopathe. Parce que c'est vrai que je pense que tout médecin généraliste devrait avoir l'homéopathie... des notions de... alors je suis nulle en acupuncture mais l'aromathérapie c'est très intéressant... la phytothérapie c'est sûrement très intéressant... ça va pas être dangereux hein. Et alors la micronutrition, ça devrait être la base maintenant de tout médecin qui s'installe... je vous encourage à le faire hein. Y'a un DU euh... ils ont ouvert un DU à... à Faculté 4 que je viens de faire, c'était la première année. Je crois qu'on est soixante-dix diplômés. Et euh... mais en fait c'est un DU qui était universitaire Faculté 4, Madrid et Liège. Et je crois que Faculté 4 nous accueillait en fait. Ils étaient dans le truc mais c'est un diplôme européen. Et cette année ça a commencé en janvier et là je crois que Faculté 4 l'a pris sous son égide. Ils devaient être contents.

E : Quels sont vos appuis en consultations ? Quand... vous... vous avez dit la dernière fois par exemple : vous donnez une ordonnance de médicaments et une ordonnance d'homéopathie ?

M13 : Ça c'était autrefois ! Maintenant encore hein... mais je le fais pas beaucoup !

E : Est-ce que vous avez d'autres appuis ? Je sais pas... vous vous appuyez sur euh... pour enlever des médicaments... vous leur parlez d'études ? Ou vous leur parlez de votre conviction de... ?

M13 : Alors pour les statines ouais... je parle des études ça c'est sûr hein. Je parle des études euh... qu'est-ce que je leur dis... bah ce que je vous ai dit là euh... que finalement 50% des gens qui meurent de maladie cardiovasculaire... simplement 50% ont un cholestérol trop haut. Euh... ce qui... un sur deux ça fait quand même pas beaucoup pour un criminel hein. Et puis alors je leur dis beaucoup euh... l'effet des statines sur le cerveau entre autres. [...]

E : Est-ce que euh... vous avez des classes médicamenteuses un peu euh... favorites à déprescrire ? On a parlé des statines des IPP...

M13 : Les statines oui. Bah l'IPP... moi j'ai été une grande prescriptrice d'IPP. Euh... jusqu'à ce que je réalise que ben en fait, on... on crée un cercle vicieux. Euh... et du coup je suis quand même un peu embêtée parce que je trouve ça difficile. Euh... je donne du Gaviscon... je donne de... du Green Magma c'est des extraits de jeunes pousses d'orge. C'est des bons pansements euh... mais le Green Magma... alors je crois que y'a un problème aussi avec les anticoagulants... je sais pas très bien si euh... donc euh... donc pour être franche les anti-acides, je suis un peu embêtée. Alors je dis aux gens qu'il faut qu'ils mâchent. S'ils mâchent pas bah hop... euh... qu'est-ce que je voulais dire d'autre... ouais, je suis un peu embêtée encore, mais y'a des gens... et puis bon il faut travailler sur la flore après... si y'a une flore de merde si je puis dire, ben... donc euh... mais les IPP oui, alors dans tous les cas ce qui est... ce qui fait que je déprescris un IPP, c'est que euh... je les avertis des risques... je leur dis qu'on fait un cercle vicieux. Que plus ils prendront des IPP et au bout du compte moins ils pourront s'en passer. Euh... que c'est pas bon pour la digestion... que c'est pas bon pour le rein et par conséquent il faut essayer absolument qu'ils en prennent moins. [...]

E : Est-ce que vous voyez des patients sous benzodiazépines ou sous psychotropes et comment est-ce que vous gérez ces médicaments-là ?

M13 : Ah oui, alors ça... alors ça la micronutrition m'a beaucoup aidé à en donner peu. J'en prescris vraiment peu. Euh... l'homéopathie aussi pour rien vous cacher, ça aide. La micronutrition ça aide énormément.

E : Sur les troubles du sommeil aussi ?

M13 : Ah oui énormément ! Entre autres il faut savoir que si vous avez pas de fer... Moi je suis une grande prescriptrice de bilan martiaux en incluant la transferrine et le coefficient de saturation. Parce que sinon vous pouvez pas savoir si la personne manque de fer. Et si elle manque de fer, elle se détoxifie pas bien elle ne sécrètera pas de sérotonine ou pas bien. Elle ne sécrètera pas de mélatonine, qui dépend de la sérotonine même si c'est pas euh... c'est indirectement. Les hormones thyroïdiennes, elles ont besoin de fer. Donc vous... si vous n'êtes pas très attentif à ce que les gens ne soient pas en carence de fer... alors je vous parle des femmes et bah euh... elles vont pas bien. Alors on va nous dire que c'est parce qu'on est plus fragiles mais on est plus fragiles simplement parce que tout le monde s'en fout du fait qu'elles sont carencées en fer. On le cherche même pas. [...]

E : Est-ce que y'a des choses qui pourraient entraver ou contrarier votre déprescription ?

M13 : Euh... mmh..... A propos des psychotropes je... je... alors j'y touche pas moi-même, mais j'adresse à... à des psychiatres qui me paraissent raisonnables ou qui me paraîtraient raisonnables et qui déprescrivent. Parce que là franchement... là aussi on crée un cercle vicieux et on atteint des gens qui ont vingt ans hein... c'est horrible. Franchement c'est horrible... horrible.

E : Et vous arrivez à vous appuyer sur euh... ?

M13 : Bah c'est surtout qu'ils viennent me voir, eux... leurs familles. Non c'est... y'a vraiment des trucs tragiques qui se passent. [...] Euh... oui les psychotropes euh... bon mais moi ce que j'essaie c'est de pas les...

E : Pas les démarrer et...

M13 : D'ailleurs je les démarre jamais. Si vraiment y'a un délire, je l'adresse à quelqu'un. Euh... mais j'adresse à quelqu'un qui est capable de savoir que c'est pas forcément un délire psychotique.

E : Faut vraiment bien choisir ses correspondants.

M13 : Ah oui. Parce que une fois que vous... Alors encore plus si vous adressez à quelqu'un et que vous dites « Ah bah non mais je pense qu'il faut demander un autre avis... » alors là vous êtes décrédibilisé quand même. Donc oui on peut toujours le faire quand la personne a vu quelqu'un... qu'elle vient vous voir... vous vous dites « bah on va prendre un autre avis. » [interruption d'une patiente]

E : Il me restait juste une seule question. Du coup... qu'est-ce qui pourrait un peu entraver ou contrarier votre déprescription ?

M13 : Euh... attendez j'essaie d'être honnête. Alors je reconnais que les statines quand j'ai appris qu'on était sous le coup de... si on ne le prescrivait pas... on pouvait tomber sous le coup de la loi si on avait un patient euh... qui faisait un accident quelconque cardiaque et que... et que la famille pouvait se retourner contre vous. Je reconnais que quand j'ai appris ça, il y a deux ou trois ans euh... Eh bien maintenant, je dis à mes patients de pas le prendre mais je prescris le truc, voilà. Et je leur dis « vous pourrez dire à la pharmacie que vous le prenez pas » [...] Et les gens qui veulent à tout prix avoir des prescriptions auxquelles je ne crois pas, je leur dis d'aller voir un autre médecin. Parce que j'essaie... Moi ma hantise c'est de me dire je fais du mal au lieu de faire du bien. Bon bah si ensuite c'est que ma conviction hein après tout... mais bon y'en a d'autres qui sont convaincus du contraire, très bien. Mais j'ai pas à faire quelque chose qui va contre mes idées.

Entretien médecin 14 :

E : Donc la première question c'est un peu comment est-ce que vous fonctionnez au cabinet ? Euh... quelle clientèle vous avez euh...

M14 : Donc moi je suis installé depuis 1976 ici à Ville 10, dans un cabinet de groupe. On a été deux, puis quatre, puis maintenant on est six et on va déménager dans un cabinet plus grand. On a une clientèle variée. Moi comme je suis âgé, quand je suis arrivé ici y'avait beaucoup de travailleurs magrébins dans l'industrie métallurgique... les usines Chausson... les usines Renault... Citroën. Donc j'ai beaucoup... il me reste des vieux chibanis. Ma clientèle est un petit peu différente de celle de mes collègues qui ont plus de jeunes, de femmes enceintes et de gynéco... surtout que ce sont des femmes. Voilà... bon autrement elle est variée ma clientèle... c'est un peu le tout venant d'autant plus qu'on prend toujours des nouveaux patients. Et je vois des patients en EHPAD, je dois avoir quarante patients dans un EHPAD.

E : Et vous travaillez tous les jours euh... ? Y'a des moments où vous...

M14 : Je travaille tout le temps sauf quand je suis en vacances et je prends un peu plus de vacances vu mon grand âge.

E : Est-ce que vous faites encore des formations ? Euh... vous allez à des congrès, vous lisez des... des revues euh...

M14 : Bah je lis *Prescrire*... je lis des articles euh... qui m'intéressent en fonction de mes thèmes de recherches... en fonction des recherches qu'on doit faire dans notre groupe de pairs. Parce qu'on a un groupe de pairs... on se réunit tous les mois. Enfin groupe de pairs euh... ça s'appelle plus comme ça... d'échange de pratiques.

E : D'accord, super. Et quelle serait votre définition de la déprescription ?

M14 : Je suis pas sûr que j'ai une définition de la déprescription hein. Mais moi ce que je fais c'est donc que euh... d'une manière un petit peu systématique, je me demande toujours si c'est justifié de continuer à faire courir éventuellement des risques à des patients en leur donnant des médicaments ou si vraiment... ils ont un bénéfice. Donc euh... oui je... moi je sais pas si je fais vraiment de la ... bon quand on fait euh... déprescrire les médicaments de la liste de *Prescrire*... là c'est de la déprescription, parce qu'il y a un objectif final, c'est d'y arriver. On va faire une nouvelle thèse sur euh... l'oméprazole bon ben voilà... ça sera un audit quantitatif, donc ça on sait qu'il faudra le supprimer. Mais d'une

manière générale, avec tous les patients bah... on essaie de réfléchir à ce qu'on pourrait éventuellement proposer aux patients en fonction de ce qu'ils pensent et en fonction de ce qu'on sait des données de la science. Donc euh... on essaie de voir s'ils ont des difficultés à prendre les médicaments... si des fois ça peut peut-être leur faire du mal ou est-ce qu'ils ont l'impression que ça leur sert à quelque chose. Puis des fois on leur dit « bah voilà, les recommandations... ça c'est quand même mieux de le prendre parce que là... y'a des preuves importantes que ça vous fait gagner quelque chose. » Bon ben je trouve que c'est facile avec les patients hein. Par exemple pour le rhume euh... nous on a une petite fiche pour dire que la... le rhume ça guérit tout seul... bah c'est celle de *Prescrire*. Et franchement dans l'année, quand on a trois personnes qui sont très mécontentes c'est tout ! Après y'a peut-être quelques... donc déjà y'a des gens qui sont éduqués à force de donner notre fiche et d'expliquer... maintenant y'a beaucoup de gens qui sont au courant. C'est vrai que quand ça traîne un peu trop... de temps en temps ça peut arriver d'avoir recours à des choses que notre esprit réprovoque. Faire une ordonnance différée s'il s'aggrave euh... bon, voilà. On n'est pas toujours parfaitement à l'aise c'est sûr que y'a des difficultés des fois à ne pas prescrire. Enfin pour moi tout ça c'est le même boulot hein... pas prescrire ou déprescrire... en gros c'est éviter ce qui est pas vraiment utile au patient... qui lui ferait éventuellement courir des risques.

E : Et comment est-ce que vous avez connu ce concept de déprescription ?

M14 : Bah pffou... moi je me suis toujours posé la question de savoir si les patients avaient du mal à prendre les médicaments ou euh... si ça leur faisait des effets secondaires. Et en particulier savoir s'ils les prenaient. Moi j'étais très jeune, en 76 ou 77 j'étais ici... et à l'époque on donnait de la théophylline en gélule. Et donc fallait augmenter... augmenter et puis on faisait des prises de sang, regarder si le dosage était bon. Et donc j'avais un patient gravement asthmatique mais qui allait pas mieux, alors j'augmentais... j'augmentais la théophylline. Et un jour on m'a appelé de réanimation en me disant qu'il y était : intoxication à la théophylline. Et en définitive on a su que ce patient... il prenait jamais ce que je lui donnais. Mais un jour il a pris la dose à laquelle on était arrivé et ça lui a pas réussi. Donc à partir de ce jour-là, on avait découpé avec mon collègue toutes les boîtes de médicaments pour les maladies chroniques ou autres qu'on prescrivait souvent. Et on... comme nos patients parlaient pas français... on les leur montrait pour qu'ils nous disent ce qu'ils prenaient... combien ils en prenaient... Ce qui n'avait pas toujours un rapport direct avec l'ordonnance qu'on avait écrite. Donc voilà la préoccupation de... après petit à petit... enfin il m'a fallu des années parce que nous... comme on n'avait pas eu de formation dans les premiers temps... si vous prenez des médecins âgés... moi quand je me suis installé, j'avais eu aucune formation à la médecine générale. Donc quand on est sorti de la faculté où on n'avait vu que nos maîtres qui nous disaient « voilà comment je fais, tu feras pareil. » Le niveau de preuve le plus élevé était celui qui est le plus bas aujourd'hui c'est-à-dire la parole du professeur. Et donc nous on... on cherchait qu'une chose... c'est savoir ce qu'on pouvait faire à un symptôme et prescrire quelque chose. D'autant plus qu'à l'époque on avait du temps... on attendait les patients. Et donc l'industrie pharmaceutique nous a beaucoup aidé. Ah oui ils nous... je me souviens, ils avaient sorti un médicament qui était spécifique de la tristesse. C'est l'Upsten je crois bien... qui a dû être retiré du commerce. Mais voilà, donc c'est... c'est surréaliste quoi... de dire que y'a un médicament spécifique de la tristesse quoi. Ils nous disaient ce qu'on leur avait dit de nous dire et nous on buvait les paroles pour avoir des noms de médicaments qu'on pouvait prescrire à notre patient. Donc c'est nous... on a été formé dans une situation très... très différente de ce que vous connaissez aujourd'hui. Donc à partir de là pourtant... assez rapidement je suis allé aux premières réunions de la... de la SFTG où on emmenait notre Vidal et y'avait pas de labo. Et puis euh... après on s'est organisé de la formation médicale continue ici, mais c'était plutôt thématique : sur le diabète... sur l'hypertension des choses comme ça. On en n'était pas encore à la déprescription. C'est quand même *Prescrire* qui nous a vraiment éveillés... éduqués là-dedans. Euh... sûrement que y'a eu des efforts de déprescription pour certaines choses... dans mes dix premières années d'installation entre 76 et 86... mais je m'en souviens pas. J'ai plus l'impression d'avoir fait des efforts pour mieux structurer mes prescriptions... m'occuper de l'observance et de la tolérance. Mais avoir des actions de déprescription euh... bah... peut-être dans le sens où comme on prescrivait n'importe quoi... à mesure qu'on apprenait on a dû essayer d'éviter de continuer à faire n'importe quoi. Mais c'était pas une idée de... aussi pointilleuse, enfin... appliquée que maintenant. Et qui mérite encore de s'améliorer.

E : Vos démarches de déprescription, elles évoluent aussi au cours du temps ?

M14 : Ah bah elles évoluent au cours du temps... au cours des pratiques avec les collègues. Quand on a fait la première thèse sur la déprescription, on s'est dit « quels outils nous seraient utiles ? » Donc ce qui a été le plus utile pour nous, c'était d'en discuter avec la thésarde... de se réunir régulièrement... d'avoir les résultats intermédiaires... qu'elle dise « ça t'y arrives pas. » On n'est pas toujours conscient de ce qu'on prescrit... de ce qu'on fait... de ce que donnent nos efforts de déprescription. Par contre, la difficulté avec les patients non... bah c'est pas une chose qui m'a pesé. La difficulté c'est... y'a des échecs hein, mais ça veut pas dire que je me sens en difficulté. Mais je me crois pas capable de réussir tout le temps hein. Donc quand c'est pour la prescription, bah... vaut mieux éviter de prescrire des choses qu'on aura du mal à déprescrire. Bah maintenant par exemple les benzodiazépines bah... on n'en donne plus sans arrêt hein. Mais quand j'étais jeune... moi je voyais une jeune femme qui écrasait une larme dans le coin de son œil, je me serais senti coupable de pas la soulager avec un peu de Temesta ou de Valium hein. Les somnifères, on en donnait sans arrêt et ces femmes que j'ai connues quand j'en avais 25, elles ont traversé toute leur vie sans un plissement de paupières. Elles sont restées ni joyeuses ni tristes... endormies! C'est vrai hein ! Les anti-inflammatoires, on les donnait pour un mois et on les renouvelait tous les mois pour les gens qui avaient des rhumatismes. Donc maintenant c'est plus du tout le cas. Donc euh... pffff... la déprescription... bah sûrement. On a dû faire des efforts de déprescription mais je crois que c'est surtout modifier complètement notre prescription. Donc un jour, on a dit « on va faire vraiment un vrai travail de déprescription » et donc on a essayé de déprescrire les médicaments de la liste [de Prescrire]. Donc je vous dis d'une manière euh... générale... à 95% c'est pas difficile avec les patients d'en discuter. Ce qui veut pas dire que ça réussit hein. Et après ils ont le droit de dire non : « mais je vais courir le risque. Moi j'ai vraiment besoin de ça. » Après c'est pas difficile de se donner du temps et... et peut-être qu'on oublie la fois d'après... bon ça peut arriver aussi. Après, le fait d'en parler avec les collègues... d'être soutenu par un interne... ça aide. Oh moi j'avais mis la liste collée sur le rebord du... de l'écran. Ça m'aidait beaucoup pour retrouver la liste. Je me souvenais jamais des médicaments. Euh... on avait des... des documents pour écrire aux spécialistes. Quand on veut... quand on veut modifier ou changer le... le traitement euh... qu'un collègue a prescrit... qu'on connaît... bah on a envie de faire notre malin et de lui envoyer une petite référence. Alors à l'époque on avait envoyé des extraits de la revue *Prescrire*... qui nous avait pas apporté une aide très bénéfique, très importante. Mais bon, on était contents parce qu'on avait l'impression de faire les choses correctement et dignement. Mais nos collègues spécialistes estimaient qu'on leur faisait la leçon. Euh... après euh... dans les groupes... on a fait des groupes avec des cardiologues par exemple là. Moi j'ai fait une fois un petit topo sur la Flécaine. Comme c'est facile avec l'ordinateur de savoir combien de patients ont de la Flécaine etc.... de regarder si c'est les cardiologues qui prescrivent et tout. Donc ils avaient moyennement apprécié le topo qui disait que c'était quand même plus dangereux qu'utile. Mais au total, ils ont quand même beaucoup moins prescrit. On a vérifié l'année d'après et ils avaient quand même... ils ont tenu compte de ce qu'on leur avait dit. Pas totalement, parce que je vois que les cardiologues prescrivent toujours de la Flécaine... mais moins.

E : Donc les spécialistes c'est euh... une aide euh... un...

M14 : Les endocrinologues euh... alors là c'est... on se fâche quoi... de toute manière on leur envoie plus. Nous on n'envoie plus chez les diabétologues. Parce qu'on... bah c'est très souvent des consultations assez rapides et ce qu'ils font c'est essentiellement euh... mobiliser les traitements et et où... et nous on pense que c'est plutôt l'hygiène de vie... l'exercice physique euh... bien comprendre sa maladie qui peut peut-être aider le plus les patients. Et parfois on leur fait courir des risques avec certains médicaments pas bien étayés. Alors y'a peut-être quelques cas où on peut pas faire autrement, mais eux c'est systématiquement euh... leur manière de faire. Tout du moins ceux qu'on connaît dans le coin hein... c'est peut-être différent ailleurs hein... je sais pas. Mais donc oui avec les spécialistes c'est compliqué parce qu'ils nous disent : « mais pourquoi vous vous permettez de.... Si vous nous envoyez quelqu'un pour un avis, c'est bien pour suivre nos conseils. » Mais quand on m'appelle de l'hôpital pour me dire « j'ai Madame Untel qui est hospitalisée », on me dit « qu'est-ce que vous avez dans le dossier ?... » on me dit pas « qu'est-ce que vous en pensez ? On envisage de faire ça... est-ce que ça vous paraît raisonnable ? » Donc c'est la culture actuelle... mais qui remonte à mon péché originel... c'est-à-dire on n'a eu aucune formation quand on était petit. On pouvait pas faire

entendre la voie de la médecine générale. Moi je vois mes jeunes collègues comme ils sont brillants. Là j'ai un interne de niveau 1 qui débute, qui m'a dit « moi je me suis pas préoccupé des ECN. Ce que je voulais, c'est être médecin généraliste donc j'ai travaillé mes stages à fond. » Bah l'externe... il examine parfaitement les malades... il parle avec les gens d'une manière remarquable... il fait mieux que moi qui suis tassé. Je suis épaté de voir des jeunes formés comme ça quand je réfléchis à ce que j'ai connu quand j'étais petit. Bon, je dois me taire. Qu'est-ce qu'il faut ?

E : Euh... vous parliez des outils tout à l'heure ? Quels sont vos outils ?

M14 : Alors revenons à la question posée. Alors j'ai dit mes outils : le mieux c'est d'en parler avec d'autres. Le mieux c'est des piqûres de rappel de l'interne... des autres... la liste sur le côté quand on en a qu'on veut vraiment cibler. Mais on avait des courriers donc pour les spécialistes éventuellement... ça n'a pas servi souvent mais bon ça peut vous servir euh... éventuellement. Euh... je trouve utile euh... d'avoir quand même euh... facilement accessible euh... les raisons qui font qu'il vaut mieux éviter ces médicaments. Mais ça c'est pas le site de *Prescrire*... on peut les alimenter dans notre logiciel, mais autrement...

E : Les raisons pour euh... pour nous ? Pour les montrer aux patients ?

M14 : Euh... pour nous... pour nous... pour discuter avec le patient. Parce que je me souviens plus très bien des fois. Parce que je trouve que c'est quand même correct pour le patient qu'on lui dise les vraies raisons pour lesquelles on envisage de changer. Bah je lui montre. Quand c'est pour le rhume bah... on a un tas tout prêt quoi. Moi je leur dis que les dérivés de l'éphédrine ça donne un risque sur un million de faire un AVC. Franchement, c'est tricher parce que je connais pas le... le montant du risque. Mais au total c'est... ça doit s'approcher un peu de la vérité. Et c'est parlant pour eux. J'en ai... j'en ai vu un qui a refusé et qui a voulu que je lui en donne parce qu'il allait en mer Rouge faire de la plongée et qu'il avait vraiment le nez bouché... qu'il voulait pas gâcher ses vacances... qu'il était prêt à courir le risque. Mais autrement les gens, ils en prennent plus hein quand on leur dit ça.

E : Ça marche. Et quelle est euh... votre... votre phrase d'accroche ? Comment est-ce que vous abordez euh... la déprescription ? A quel moment de la consultation ?

M14 : Bah, à quel moment de la consultation... ça peut probablement varier un peu. Mais en gros... moi j'ai un ordinateur qui est fixé au mur, avec un... un bras pivotant donc que je tourne au moment... pour parler de l'ordonnance et des médicaments. Je le tourne vers eux et on fait la liste des médicaments. On voit s'ils le prennent bien... si ça leur sert à quelque chose, si... voilà. On papote avec ça, je dis... dans le temps je leur... pour tous ceux qui savent pas parler et lire, je leur demande de ramener les boîtes de médicament... qu'on les regarde les unes après les autres pour savoir combien ils en prennent... quand ils le prennent... ce que ça leur fait... à quoi ça sert... Parfois je marque aussi euh... dans le commentaire du médicament bah « pour la tension », « pour le cholestérol », pour voilà... pour qu'ils comprennent un peu ce qu'ils font. Après c'est triste... y'a des ordonnances qui sont trop longues. Mais voilà... pour ceux qui savent pas lire, on leur dit de ramener les boîtes et on papote avec eux. Mais bon... mon point d'accroche c'est de discuter sur la prescription quoi. On peut discuter ensemble. Alors moi j'ai des collègues qui consultent comme ça [côte à côte]. Donc c'est facile, on a l'écran en face. Moi c'est vrai que je suis de l'autre côté du bureau. Donc moi j'ai mon écran pivotant, je leur montre... on s'avance tous les deux, puis voilà. Après oui, ça prend un peu de temps. En consultant toutes les vingt minutes, je suis en retard. Même avec ceux qui sont absents... Même avec ceux qui viennent pas. Et même avec ceux qui ont des bricoles parce que comme on a un tableau de bord de prévention... enfin tout un protocole pour la prévention systématique... Donc tous les gens qui ont rien, ils ont droit à ça. Quelqu'un qui vient pour un AT parce qu'il a le rhume... cinq minutes c'est fait... donc il me reste un quart d'heure pour faire la prévention. Donc j'arrive pas à gagner du temps là-dessus. Mais comme c'est rigolo de faire ça... que ça m'amuse et que je pense que c'est utile pour eux... je le fais.

E : Est-ce que vous profitez de moments spécifiques ? Euh... des moments de vie du patient... ou en sortie d'hospitalisation euh... enfin tout nouveau patient qui vient d'arriver euh... voilà...

M14 : Bah la sortie d'hospitalisation pas tellement... généralement on leur a changé le traitement. Donc l'idée c'est plutôt de leur expliquer pourquoi il y a eu des changements... à quoi ça sert... ce qui

est utile ou pas. Normalement de nos jours, la plupart du temps... enfin assez souvent, les prescriptions hospitalières elles sont raisonnées quoi. Et j'attends avec impatience la conciliation médicamenteuse qui n'a pas l'air d'avoir beaucoup avancé... j'ai demandé des renseignements hier. Pour euh... vraiment que les échanges soient mieux structurés et qu'on se comprenne. Mais bah en gros, ils viennent... quand ils viennent pour renouveler une ordonnance... je sais pas un hypertendu qui va venir euh... deux fois par an... bah euh... de toute manière, si... s'il a un ou deux médicaments, qu'il les supporte bien et que ça va bien, on va pas passer huit jours à la déprescription hein. On va plutôt s'occuper de lui apprendre l'automesure... voir s'il sait la faire euh... ça dépend des cas quoi. Mais y'a des classes de médicaments qui nous posent problème. Donc euh... tout ce qui est psychotropes, on essaie de... de réfléchir plus particulièrement. Euh... les médicaments dont on est pas certain qu'ils soient euh... nécessaires... Vous savez des fois on met dans des ordonnances... on met des... voilà si... dans les EHPADs c'est écrit « si besoin. » Chez nous c'est pas écrit « si besoin » mais ça revient au même. Ils... ils s'alignent dans les ordonnances et en réalité vaut mieux les supprimer quoi. Je sais pas moi... c'est tout le temps hein... c'est pas à un moment particulier. Enfin quand ils viennent, on demande ce qu'ils ont... on discute avec eux... on prend des nouvelles de la famille. Quand on a fini, qu'on a à peu près mis les trois-huit motifs de consult par ... enfin cinq... ça les gêne pas... bah on va aller les examiner. Ça... faut quand même toucher le corps dans quelques endroits. Ça c'est indispensable, ça... ça fait du bien. Même pour celles qui vont chez l'ostéopathe... le kiné... le... qu'est-ce qu'on... à quel moment on fait de la déprescription ? Bah donc y'a des choses que... pour lesquelles on baisse les bras quoi. Quand ils ont vu euh... c'est vrai quand ils voient euh... un endocrino qui leur change le traitement, en rajoutant des médicaments... Bah on peut tâter le terrain en leur demandant s'ils pensent qu'en réalité c'était pas plus pertinent de faire un petit peu plus d'exercice physique... ou de faire un peu plus attention à l'hygiène alimentaire. Et après euh... souvent ils sont assez contents quand on leur a augmenté avec des nouveaux médicaments, c'est vrai que ça baisse le sucre hein et que ça améliore un peu l'hémoglobine glyquée. Bah ça devient compliqué de leur dire euh... « y'a peut-être des risques de ceci... de cela » pffff... on peut pas complètement déstabiliser les patients et de toute manière ils ont besoin de croire à quelque chose. Donc euh... nous on peut être rationnel... on peut pas non plus les mettre en danger à cause de notre rationalisme.

E : Comment ils réagissent les patients d'ailleurs face à votre déprescription ? ils sont... ?

M14 : Bah voilà si on les... Il faut qu'en papotant on trouve des points d'accroche pour arrêter, hein. Donc on profite de l'occasion en disant « ça en fait quand même beaucoup euh... y'a la diarrhée... vous avez ceux-ci... vous avez ceux-là. Ça a des inconvénients les médicaments. » Alors on va pas tous les faire le même jour mais bah... ils apprennent les diabétiques. On leur explique bien que Metformine bah... ça peut donner la diarrhée, les petits troubles digestifs. S'ils ont une gastro faut l'arrêter quelque temps. Ils apprennent à savoir que les médicaments peuvent avoir des effets secondaires donc ils acceptent d'en discuter ou de voir.

E : Est-ce que vous avez des euh... des classes médicamenteuses euh... un peu favorites à déprescrire ou en fait euh... ?

M14 : Bah... Nous on a vu qu'on est des pratiquants de la liste de *Prescrire*. Bah nous... moi par rapport à mon enfance ce qui a été... comme classes... c'étaient supprimer les prescriptions abusives d'anti-inflammatoires et essayer de se recroqueviller sur l'Ibuprofène et Naproxène. Mais donc ça c'est sur les anti-inflammatoires... normalement tous nos patients, ils savent que ça attaque le cœur... ça donne la tension... ça donne l'insuffisance rénale. Et le premier patient que j'ai suivi, il s'est retrouvé en dialyse à cause de moi. Donc ça... bah par exemple les... bah c'est plus de la déprescription mais les tranquillisants. Si vous venez me voir et que vous pleurez, on va papoter puis euh... vous avez l'air vraiment triste... j'estime que j'ai besoin de vous soulager un peu... vous avez besoin de recevoir quelque chose. Mais je vais ouvrir mon tiroir et je vais vous donner deux ou trois comprimés de Xanax dans une enveloppe, en vous mettant le nom « Alprazolam » etc. Je vous dirais que je vous plains beaucoup... n'hésitez pas à revenir me voir dans trois jours... je pense que ça vous évitera d'en reprendre. Donc là c'est plutôt en amont de la déprescription. Mais je pense que c'est ce qu'il y a de plus important.

E : Ouais. Et pour les patients qui en ont depuis très longtemps ? les personnes âgées qui ont euh... genre Lexomil tous les soirs...

M14 : Bah on est pas... c'est assez facile. La plupart en EHPADs ils sont plus en état de se rebeller. Y'en a... on y arrive pas et y'en a quand même on peut pas leur supprimer le médicament parce qu'ils ont des effets secondaires. Quand on déprescrit, on se préoccupe quand même à chaque fois de ce qui se passe après. Parce que vous avez euh... plein de choses qui peuvent se passer. Et en particulier les neuroleptiques, c'est vrai que c'était prescrit parfois abusivement. Enfin y'a des gens qui en ont vraiment besoin. Moi j'ai vu en EHPAD une dame... je m'étais dit « tiens je vais pouvoir lui arrêter. » Ah... ça a pas été une bonne idée, on a dû lui remettre. Enfin c'est pas grave... si on fait attention, on rattrape la situation. Mais voilà, quand on déprescrit souvent on dit « bon bah... on va regarder ce qui va se passer », mais à priori on va essayer ça parce que normalement ça devrait être plus positif. Alors les classes euh... bah c'est-à-dire un certain nombre de classes, elles ont été supprimées au fur à mesure qu'elles devenaient trop dangereuses. Et bon c'est vrai que c'est signalé plutôt par la revue *Prescrire* quoi. C'est toutes les... toutes les alarmes moi m'ont été données par là je dirais. Parce que y'en a un qui a été célèbre, le... le Mediator. J'avais été à une réunion dans un réseau de santé dans le... à Ville 11. Et là j'avais vu une endocrinologue qui travaillait dans un centre de santé pas loin d'ici, qui a dit... qui... qui s'est mis en colère parce qu'on critiquait le Mediator. Et qui nous a dit « vous allez voir, ça va revenir au-devant de la scène, c'est un excellent antidiabétique. » Et bah la partie première de sa phrase s'est révélée et ils ont eu beaucoup d'ennuis quand même dans le centre de santé... d'expliquer ça à tous les patients... bon donc euh... c'est quand même *Prescrire* les... Les... ou l'Agence de Sécurité du Médicament. Donc c'est facile... on est vingt-quatre médecins généralistes sur un logiciel... bientôt il sera dans le ciel... c'est facile de... dès qu'on ouvre le logiciel sur « prescrit ça » ou si les patients l'ont... d'avoir une alarme. Donc ça c'est des choses euh... donc vous vouliez des outils. Donc pour le futur, il faut qu'on puisse dans nos logiciels mettre une alarme pour dire « ce médicament est dangereux. » Euh... ou « cette classe de médicament est dangereuse. » Ou enfin voilà... faut que ça... faut que ça soit plus automatisé. Parce que parfois on peut avoir un instant de fatigue, un instant de distraction avec l'informatique... on peut renouveler des fois rapidement une ordonnance euh... sans même s'en rendre compte de ce qu'il y a écrit dessus. Moi j'ai l'air de m'appliquer avec tout ce que je raconte pour faire mon prétentieux... mais au total vous verrez plusieurs de mes ordonnances, entre ce que la base médicamenteuse de données a mis et puis que j'ai oublié d'effacer... des choses comme ça... des fois c'est incompréhensible. Normalement ça devrait pas arriver hein... mais ça arrive pour tout le monde, enfin au moins pour moi.

E : Qu'est-ce qui pourrait euh... contrarier ou entraver votre déprescription ?

M14 : Bah ma fatigue ou un surcroît de travail. Ou alors qu'on me demande de voir six patients à l'heure (rires). Parce que c'est facile, je peux le faire. Un de mes collègues... qui en avait vus quatre-vingt-dix-neuf dans une journée lors d'une épidémie de de grippe. Il était sur sa DS dans... dans le bidonville et les gens venaient pour chercher un arrêt de travail. Il donnait du doliprane et il a fait quatre-vingt-dix-neuf ordonnances dans la journée. Mais voilà... faut savoir ce que la société veut. Si on soigne les gens, si on s'occupe de l'observance, la tolérance, les prescriptions raisonnées, bah... tout ça... ça prend un peu de temps quand même.

E : Et le fait que ça prenne du temps, ça vous gêne ou là avec...

M14 : Non, je trouve que c'est plus agréable. Ça dépend ce qu'on cherche. Moi à mon âge de toute manière, j'ai plus les capacités de dépenser beaucoup d'argent... mon cercueil est déjà prêt. Donc euh... moi ce qui me plaît c'est de prendre du plaisir dans les consultations. Bah c'est quand même plus marrant si y'a un véritable échange avec le patient quoi, s'il participe, si... après j'ai envie d'être content de moi enfin... un petit peu quoi.

E : Et c'est plutôt gratifiant de faire de la déprescription ?

M14 : Oui... oui bien sûr! Bah les gens... et d'ailleurs les gens... ce qu'ils font quand ils déménagent... ils viennent vous voir. Le compliment le plus fréquent c'est « merci de votre écoute. » Et ça c'est ce qu'ils attendent en premier d'un médecin. Et je pense que dans l'écoute y'a aussi les explications... y'a

le fait qu'on leur demande : « voilà les médicaments c'est quoi pour vous ? Ça vous sert à quoi ? » Et qu'on les guide.

E : Super, bah merci beaucoup !

M14 : Ça suffit ?

E : Vous avez quelque chose à rajouter ou... ?

M14 : Bah sûrement mais ça ne vient pas à l'esprit tout de suite ! voilà !

Entretien médecin 15 :

E : Voilà donc en gros... l'entretien, ça va durer vingt à trente minutes à peu près... merci déjà aussi de participer. Euh... et donc le but c'est euh... de... d'interviewer un peu des médecins qui sont euh... qui pratiquent la déprescription... en tout cas qui connaissent un peu la déprescription pour essayer de trouver un peu leurs trucs et astuces euh... de euh... voilà... des médecins déprescripteurs, pour faire un guide un peu global pour aider les... les internes et les jeunes médecins euh... à déprescrire un peu plus facilement. Donc euh... la première question c'est déjà comment est-ce que vous... vous voyez votre pratique quotidienne euh... est-ce que vous avez plusieurs activités ? Euh... comment est votre patientèle ? Comment vous organisez vos journées ?

M15 : Oui, alors moi je... je m'investis dans la SFTG donc euh... cette société scientifique de médecine générale euh... depuis euh... environ euh... 2005 ou 2006. Et depuis 2009 sur ce thème de la sécurité du patient, des... des incidents... accidents euh... aux prises en charges et puis euh... à la iatrogénie euh... médicamenteuse. Ce que j'ai appris de ça c'est que euh... c'est une approche systémique. C'est-à-dire que pour améliorer la sécurité et diminuer les accidents, il faut vraiment réfléchir euh... pas seulement soi tout seul euh... devant le cabinet... devant le patient dans le cabinet. Mais que vraiment euh... c'est une réflexion à plusieurs. C'est connaître où est la place euh... des uns et des autres euh... quel est leur part du boulot et quelles sont les informations qu'on doit partager... qu'on doit se transmettre. Et c'est le plus évident... c'est autour du médicament avec le patient et les pharmaciens pour la médecine de ville en tout cas, où les choses se posent vraiment différemment de l'hôpital où euh... y'a euh... des prescripteurs... les infirmières qui administrent et puis les patients qui sont beaucoup moins acteurs euh... que... qu'en ville. Et il me semble moi que euh... au travers de tout ce que j'ai vu là, il faut vraiment qu'on travaille en pluriprofessionnel et avec des approches euh... chacun ayant une approche et un... et un regard euh... de son point de vue sur euh... sur la sécurité du... du médicament. Et il faut travailler avec les patients. Et qu'on va pas réussir sinon. Ou en tout cas euh... ça bougera pas beaucoup. Et alors c'est comme ça... c'est dans ce travail-là que j'en suis venue à... à connaître euh... le réseau canadien. Vous étiez au colloque ?

E : Oui oui tout à fait.

M15 : Donc euh... autour d'une réflexion... autour de comment on pourrait mieux prendre en charge les personnes âgées et lutter contre la iatrogénie euh... j'ai trouvé leur site. Et... et je trouve que là ça s'est encore plus enrichi avec d'une part euh... les outils pour les praticiens de... des algorithmes de déprescription qui sont euh... vraiment bien faits. Et puis des outils euh... sous forme de... de fiches euh... d'informations ou de réflexion de... de... même des quizz, des choses comme ça. Pour les patients pour essayer euh... voilà, de leur donner des informations utiles sur euh... les bénéfices les risques des euh... de... des médicaments. Alors eux ils sont partis d'une approche par médicament, par classe médicamenteuse avec les IPP, euh... les benzos et hypnotiques, euh... les... y'a un antidiabétique oral là le... je crois que c'est le Glibenclamide et puis je ne sais plus ce que c'est que le quatrième. Ils ont mis des scientifiques et des médecins euh... cliniciens de plusieurs disciplines pour écrire euh... l'algorithme de déprescription. Et donc pour vraiment que les praticiens soient en confiance euh... pour ça. Et la difficulté pour nous, si on n'est pas... c'est euh... qu'on a pas l'habitude de suffisamment travailler avec les pharmaciens et que c'est compliqué avec les spécialistes de... parce qu'on est quand même seuls dans cette question de la multi-morbidité et polymédication. Et que euh... voilà... chaque

spécialiste prescrit euh... ce qu'il lui semble le mieux et ce que les recommandations euh... disent de prescrire pour leur spécialité... la pathologie dont ils s'occupent. Et puis euh... voilà et quand on se retrouve à faire euh... l'ensemble... la prescription euh... alors pour peu qu'il y ait un psychiatre et une pathologie psychiatrique euh... ça fait tout de suite beaucoup mais on est un peu tout seul euh...

E : Ouais vous avez l'impression qu'ils vous aident pas tellement les spécialistes ?

M15 : Non non. Et y'en a aucun qui s'occupe vraiment de ça. C'est comme si c'était pas vraiment leur souci. Eux ils ont bien fait leur boulot maintenant... que le patient euh... soit observant bah c'est son affaire. Et que euh... que les... qu'il prenne autre chose bon voilà... peut-être que c'est nécessaire mais en tout cas il a euh... Il faut euh... l'antihypertenseur, l'anti-machin, la statine euh... l'antiarythmique euh... etc. Et euh... on s'intéresse pas trop de savoir... enfin moi je trouve qu'ils ont pas du tout cette... cette approche-là. Et que c'est difficile parce que dès qu'on dit « oui bah alors, par ailleurs il prend ça, ça... donc ça fait quand même beaucoup » et puis je sais pas trop... Ah bah oui... bah eux non plus savent pas... mais ils vont... ça n'est pas leur problème. Ils ont... ils compatissent hein des fois « bah oui, c'est vrai que c'est compliqué votre métier ! » Bah oui, merci on sait que c'est compliqué ! (Rires). Mais euh... c'est... « bah voilà moi je... je vous ai donné la réponse euh... à la question que vous m'avez posée sur telle euh... pathologie mais ouais... »

E : Sans plus. Vous lisez des revues un peu ? Vous avez des revues un peu préférées euh... médicales ?

M15 : Alors j'en ai... C'est parce que je suis abonnée à *Prescrire* et j'ai pas mal de... et là je... vous avez vu euh... ils ont débuté un programme autour euh... comment ils appellent ça ? Du bon usage du médicament aussi chez la personne âgée. Mais je sais plus euh... du genre « point trop n'en faut » ou je sais pas quoi...

E : J'ai pas vu ça, je vais regarder.

M15 : Ouais, alors mais chaque année ils... sur un thème, ils proposent euh... à des... des médecins ou des pharmaciens d'ailleurs une petite analyse de pratique sur quelques cas et puis un forum de discussion où justement on partage les... les outils les trucs et les points de vue. Et puis euh... voilà, on refait... je sais plus si c'est six mois ou neuf mois après un nouveau test en prenant des patients. Donc... et cette année c'est sur cette question-là, sur le bon usage des... des médicaments chez les personnes âgées.

E : Bah je vais regarder !

M15 : Donc je trouve que les difficultés... et ça demande beaucoup de temps, c'est ça pour nous euh... et moi j'en suis venue à me dire que c'est pas faisable dans l'état actuel de la médecine générale... du manque de médecins généralistes. Ou euh... voilà, c'est compliqué de... d'être à la fois dans la bonne information partagée avec le patient pour prendre euh... la décision avec le patient sur euh... pourquoi on continue... pourquoi on arrête tel traitement. Et il faut du temps aussi de discussions, de courriers euh... en posant bien euh... le problème pour le spécialiste, pour lui demander « bon alors ça, est-ce qu'on pourrait euh... ? »

E : Et vous arrivez à prendre le temps ?

M15 : Bah je le prends parce que j'ai envie de le prendre parce que sinon euh... ça perd du sens. Mais ça veut dire que euh... les gens attendent pas mal quand ils viennent euh... me voir. Et j'ai... je dépasse pas vingt patients par jour quand...

E : C'est toutes les vingt minutes? Toutes les trente minutes ?

M15 : Alors le matin c'est... alors ça dépend des jours. Euh... parce que j'ai aussi donc euh... je travaille en... du côté du cabinet, c'est un temps qui est finalement partiel. Parce que je travaille le lundi et le mardi toute la journée et le matin c'est toutes les vingt minutes mais l'après-midi c'est toutes les demi-heures. Le mercredi c'est Médecin 21 qui travaille toute la journée et le jeudi- vendredi on alterne. Y'en a une qui fait le matin et l'autre qui fait l'après-midi. Et donc quand je fais des demi-journées, je mets toutes les vingt minutes. Mais voilà alors... comme c'est sur rendez-vous que des... et que les gens prennent rendez-vous par Doctolib euh... il peut y avoir des fois des après-midi où y'a deux euh... enfin des patients avec... plutôt des patients âgés avec plusieurs pathologies et là je sais que je vais pas

m'en tirer en vingt minutes. Alors c'est aussi ça qui avait euh... qui a lancé le problème l'année dernière c'est... le mot d'ordre c'était : ça n'existe pas la consultation pour renouvellement, on raye ça de notre vocabulaire. On... voilà, on fait un point euh... sur euh... les pathologies et leurs traitements et on le fait euh... deux fois ou quatre fois par euh... par an. Mais c'est pas euh... le renouvellement. Et c'est vrai que y'a des... on entend en tout cas les patients parfois parler de pratiques qui sont tellement même illégales de... de secrétaires qui euh... qui prennent la carte vitale du patient, qui renouvelle le traitement tel qu'il était, qui font passer la carte vitale... Et le médecin, il a pas vu le patient et voilà. Alors moi je... je... vraiment ça me semble... je pourrais pas... je pourrais pas faire ça.

E : Bah, c'est pas gratifiant en tout cas.

M15 : Oui oui, c'est... c'est pas gratifiant... c'est pas euh... honnête... c'est pas satisfaisant, enfin voilà. Et... et ça prend des ressources, enfin c'est dangereux et euh... enfin voilà. Donc euh... j'ai une pratique qui est pas du tout comme celle-là. Et je crois que je... ou alors si je devais... ce qu'on entend dire là : bah maintenant il faudrait que euh... l'assurance maladie euh... nous impose des patients qui trouvent plus de médecin traitant. Et qu'ils disent bah... voilà maintenant vous serez suivi euh... par untel. Moi je trouve que c'est... que c'est de la folie hein. Enfin on est dans la situation dans laquelle on se retrouve, c'est quand même aussi par des décisions politiques euh... des décisions dans le système de santé. Où on a tout fait pour euh... dégouter les jeunes médecins de s'installer, où on... où le... la place du médecin généraliste euh... elle est euh... elle est loin d'être euh... la meilleure. Alors si... on nous dit qu'on est très courageux, qu'on est très euh... voilà mais euh... on nous aide pas du tout. Alors du coup euh... les jeunes médecins s'installent pas ou tardivement euh... ou ils veulent être dans des structures salariées. Maintenant euh... les femmes... les femmes, elles ont pas envie de... de sacrifier toute leur vie familiale euh... et d'ailleurs les jeunes hommes non plus maintenant. Et donc euh... on n'a pas envie de travailler de 8h à... à 21h sans s'arrêter. Donc euh... voilà. Et tout ça, on le sait depuis euh... depuis très longtemps. Mais on... quand je me suis installée, on disait déjà... on avait déjà prévu que le creux des médecins ce serait en 2020-25 et que... et qu'on savait qu'on y allait. Bah maintenant on y est... on a pas changé et on trouve maintenant des solutions pour shunter les médecins... pour que ce soit les pharmaciens qui prescrivent euh... pour euh... pour que les infirmières aussi aient des actes. Et que finalement nous, on va se retrouver qu'avec ces pathologies euh... cette multi-morbidité où on va quand même avoir que vingt-cinq euros pour un travail qui... qui demande bien une demi-heure. Et euh... voilà. Et que des médecins ne n'acceptent pas de faire euh... pour vingt-cinq euros et donc ils préfèrent euh... renouveler et puis on se pose pas de questions et voilà. Et on voit à côté euh... cette patiente-là et trois pour une pathologie aigüe euh... qui bah qui... et on voit en fait euh... quatre patients euh... en une heure et encore euh... y'en a qui sont plus... ouais, donc euh... alors pour les pharmaciens c'est pire, ils sont payés à la boîte. Donc les inclure dans... dans cette activité de déprescription, c'est difficile... on l'a vu euh... voilà et c'est vrai partout. Euh... et puis les patients, on a pas le temps de les informer correctement, on prend pas le temps de les informer correctement. Donc euh... et on entend quand même encore beaucoup parler d'observance c'est-à-dire euh... on est... c'est encore un pacte de l'industrie pharmaceutique où on se préoccupe du coût de la non-observance. C'est tous ces patients qui prennent si mal leurs médicaments et on se préoccupe pas du coup de la... de la surmédicalisation, des surtraitements ou de la polymédication où là... c'est clairement les médecins qui doivent euh... la HAS qui travaille qui émet aussi ses recommandations par pathologies, elle aide pas. Euh... et c'est trop cloisonné, trop hiérarchisé. Et du coup ça marche mal. Mais bon...

E : Ça marche quand même chez vous !

M15 : Oui, ça marche... oui ça marche.

E : En prenant voilà... ouais le temps et en allant à contre-courant du reste.

M15 : Oui et puis euh... vraiment moi je suis de plus en plus persuadée que les patients... alors ils ont beaucoup peur. Ils ont soit peur qu'on les abandonne et que voilà... maintenant c'est : « les médecins vous voulez plus prescrire les médicaments euh... vous voulez nous retirer ça euh... voilà. » Euh... y'a ceux quand même qui commencent à... à être euh... pas persuadés que les médicaments c'est une bonne chose et qui n'aiment pas avoir beaucoup de médicaments. Et je pense que le dialogue avec les... écouter... entendre ce que les patients ont à dire c'est vraiment intéressant et... et on... c'est

comme ça qu'on peut y arriver. Alors qu'est-ce que... je sais pas si j'ai répondu à votre question des outils ?

E : Qu'est-ce que ça serait pour vous votre définition de la déprescription ?

M15 : Euh... c'est euh... déprescrire c'est euh... une démarche dans laquelle on... on diminue ou on arrête un... un médicament dont le bénéfice euh... devient moins important que... que le risque ou euh... qui n'a carrément aucune utilité. Euh... et donc du coup le bénéfice euh... je pense que oui c'est ça. C'est diminuer la posologie ou arrêter un médicament... oui c'est ça la définition. Et c'est euh... est-ce que... est-ce que c'est encore utile. C'est répondre à la question euh... : « est-ce que c'est encore utile? Est-ce que c'est devenu plus euh... à risque que bénéfique ? »

E : Et euh... y'a une question de dynamique j'ai l'impression dans votre euh... réponse. Enfin que c'est un médicament qui pourrait devenir... qui était d'ailleurs sûrement efficace et bien utilisé à un moment et qu'en fait c'est au fil du... au fil du temps où ça... ça évolue. Je sais pas avec euh... la science ou le patient... l'état du patient...

M15 : Oui, euh... c'est tout à fait ça euh... effectivement je... enfin y'a pas... alors y'a des médicaments euh... que je trouve inutile mais c'est pas ça. C'est pas euh... quand je parle de déprescription euh... la déprescription elle peut par exemple euh... être sur le Furosémide voilà... qui dans l'insuffisance cardiaque euh... est un médicament extrêmement important, qui qui sauve des vies qui etc... mais qui n'est peut... c'est peut-être pas la peine euh... pendant dix ans de le prendre à la même dose euh... sans... sans jamais s'interroger sur euh... bah là on... la maladie elle a l'air euh... stabilisée. Pourquoi on... enfin est-ce que du coup... parce qu'on a réussi sur d'autres facteurs d'alimentation, de euh... de rythme, de voilà... ou je sais pas euh... fait que bon le Lasilix, il fait plus... il fera peut-être à un autre moment partie du traitement et sur une durée plus ou moins longue. Mais euh... c'est pas euh... vraiment le... le médicament... et y'en a plein encore hein des spécialistes qui disent « celui-là vous le prendrez à vie » et ça je crois qu'il faut qu'on arrête de dire ça. Alors moi je l'ai vu avec un anticoagulant où il fallait vraiment euh... à un moment où faut switcher parce que y'a une intervention, un truc et il faut le remplacer. Et le patient de me dire « ah bah non non, le cardiologue il m'a dit que je devais jamais arrêter ce médicament. Donc je ne vais pas arrêter ce médicament. » Donc euh... enfin... y'a des mots d'ordres trop simplistes et qu'il faut arrêter de donner aux gens. Et un médicament, il peut être très utile à un moment et plus à un autre. Il peut être euh... voilà... il peut être très utile ou très... ou en tout cas le mieux qu'on puisse faire. Euh... mais à partir du moment où un autre... y'a une association... là c'est sûr qu'on va l'enlever. Oui c'est un processus, c'est une démarche, c'est... c'est toujours... c'est un questionnement, une remise en cause perpétuelle. C'est comme de dire : on ne fait plus de de consultation de renouvellement. Y'a plus de médicament qu'on prend à vie. D'abord ça fait peur aux gens, pour l'hypertension par exemple. Alors on a longtemps donné ce message euh... « bah maintenant vous êtes hypertendu alors c'est pour la vie que vous allez prendre euh... des médicaments. » Et on... et chez des personnes âgées ou très âgées bah au-delà de quatre-vingts ans moi je pense que là, y'a une décroissance des traitements euh... pour la tension euh... à faire. Les médecins prennent plus le temps de... de regarder si y'a une hypotension orthostatique, si y'a pas un symptôme qui fait... qui alerte là-dessus. On le fait pas de façon systématique au moment du renouvellement justement et on laisse en fait des hypotenseurs... Y'a un risque de chute. Euh... des... des gens qui n'ont plus besoin de trois anti-hypertenseurs pour la tension. Et donc y'a plus aucun médicament pour lequel je pense on doit dire euh... « maintenant c'est à vie, vous prendrez ça à vie. » D'abord la médecine euh... change euh... les patients même changent, la société change et du coup euh... ouais, ça... ça n'existe plus.

E : Qu'est-ce que c'est votre phrase d'accroche en consultation ? Euh... comment est-ce que vous abordez le... le sujet de la déprescription avec vos patients ?

M15 : Euh... c'est très différent si euh... si c'est un médicament euh... que... y'a des médicaments comme euh... les somnifères ou les antalgiques qui sont des médicaments que les gens nous demandent. Et du coup c'est pas du tout la même approche que quand c'est un anti-hypertenseur qu'on veut diminuer, où là les gens sont contents, ça en fait un de moins. Donc euh... c'est plus difficile par rapport au patient, quand c'est euh... un médicament qu'il... auquel il tient, que ce soit euh... juste euh... parce qu'il veut pas qu'on y touche, parce que là c'est équilibré et que si on y touche ça veut

dire que... qu'est-ce que c'est mon accroche... je sais pas si j'ai une accroche. Je pense que, je crois que c'est... c'est... l'accroche, elle est sur l'observance, sur « de quelle façon vous le prenez et quand est-ce que vous prenez ça ? » Parce qu'en fait euh... les gens prennent pas... Y'a pleins de médicaments qu'ils prennent pas régulièrement. Et à partir du moment où on leur demande euh... sans avoir l'air de les accuser de pas faire ce qu'on leur dit de faire et pas sur un ton euh... parent-enfant euh... comment ils le prennent, quand est-ce qu'ils le prennent, quand est-ce que ça arrive qu'ils le prennent pas, quand est-ce qu'ils l'augmentent ? Euh... c'est dans ce dialogue-là que l'on interroge euh... la... l'utilité perçue euh... l'efficacité perçue par le patient et puis euh... le risque. Et alors quand il s'agit du risque, alors c'est... c'est... là où moi je vais... j'utilisais pas mais j'ai envie d'utiliser les outils euh... qu'ils ont développé pour les patients où ils expliquent euh... quels effets... Enfin il faudrait qu'on soit plus clair sur euh... donc quels sont les... [interruption d'une collègue] Qu'est-ce que je disais ?

E : Euh... un peu des fiches-patients que vous pourriez utiliser en consultations ou dans votre salle d'attente ou euh... ?

M15 : Ouais alors en consultation plutôt parce que dans les salles d'attentes, ça disparaît... on sait pas finalement qui... Si c'est les gens qui ont... à qui c'était euh... vraiment utile que c'est... ouais... y'a peut-être des... au niveau de la prévention oui, ça... ça va mais au niveau des alertes sur les médicaments.

E : Pour l'instant, vous avez pas tellement de support mais vous vous dites que ça peut être une bonne idée ?

M15 : Oui oui, mais je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir ça. Et ils ont fait dans leur fiche là sur les IPP, y'a toute une partie où, bah même si vous l'avez plus... avant de le reprendre et si vous avez un symptôme de reflux désagréable... bah avant de dire « allez on recommence parce que finalement j'étais mieux avec ça » euh... de... d'autres stratégies de... dans le mode de vie... dans les... les pansements gastriques. Je me faisais la réflexion, c'est vrai que je ne prescris absolument plus jamais de... de pansements gastriques. Comme si euh... c'était devenu pour nous... enfin pour moi, alors que c'était le cas au début hein : soit on met un IPP soit on met pas mais euh... mais voilà. Y'a plus d'autres intermédiaires. Même l'IPP il était euh... au besoin ou en prise intermittente etc. Mais on... on gardait quand même euh... ça comme une ligne euh... une ligne de plus sur la prescription. Donc euh... oui c'est... je pense que je devrais utiliser plus. Je vais dans mon projet là maintenant c'est enfin... c'est de partir de ce qu'ils ont fait parce que c'est vraiment bien et d'adapter au public euh... français. Parce que les noms de médicaments sont pas tout à fait les mêmes, les formules euh... québécoises ça... ça nous parle pas de la même façon donc juste euh... adapter.

E : Et comment ils réagissent vos patients ? Est-ce que euh... ils sont plutôt ouverts à la discussion, ça leur plaît quand vous leur parlez de ça ? Ou au contraire pas du tout ?

M15 : Si, ça leur plaît parce que ça leur plaît de parler de euh... de les associer à une décision. Et puis alors là on... je pense que c'est une chance, on est dans le centre de Ville 12... on a affaire à des gens qui sont cultivés, qui ont des moyens... Alors pas tous mais quand même d'une façon euh... majoritaire, euh... ils ont... ils ont tout à fait les capacités euh... de... de penser cette situation-là. Ils sont très euh... sensibles aux messages écolo euh... alors ils peuvent être un peu... la difficulté c'est ceux qui sont euh... dans la négation du corps même. C'est tellement le boulot qui est important... ce qu'ils font... que de toute façon il faut que le corps suive. Et que si y'a un truc, un obstacle, un... qui survient, une maladie, un problème... bah alors c'est... on vient mettre le problème devant le médecin. Et voilà nous on a quarante-huit heures pour faire qu'il puisse aller à sa réunion vachement importante euh... où il va rencontrer untel et untel et il faut qu'il y aille et qu'il soit au top de... de sa forme. Et voilà... et ça c'est à nous de nous débrouiller pour qu'il soit comme ça. Et donc y'a tout un travail à faire, à dire « bah attendez euh... non... ça va peut-être pas se passer comme ça. » Et... mais moi je m'en suis rendue compte sur les antibiotiques, c'est-à-dire que c'est vraiment notre discours qui est plus important. Et que par exemple dans les antibiotiques, c'est quand j'examine euh... je sais ou parfois on sent que la... la réponse elle va être... enfin il va y avoir cette demande qui va venir. Et donc avant que... qu'elle me soit faite, au moment de l'examen clinique, je... je dis ce que j'ai entendu. Et je dis donc euh... « voilà, ça... ça ressemble euh... tout à fait à une bronchite. La plupart des bronchites sont virales, donc euh... un antibiotique ça ne servirait à rien, euh... mais on va faire en sorte que vous soyez bien plus vite. » C'est-à-dire de pas associer le fait d'aller vite bien grâce à l'antibiotique. Et que peut-être euh... qu'il

faut des corticoïdes, peut-être qu'il faut euh... sur quelques jours... peut-être qu'il faut du repos, peut-être qu'il faut euh... enfin je sais pas euh... simplement euh... respecter, oui, le... voilà. Et... et on va pas dire que c'est rien euh... et arrêter de dire que c'est rien quand les gens sont vraiment pas bien. Et en même temps euh... apporter la réponse la plus pertinente et les gens ils comprennent euh... enfin moi je trouve qu'ils comprennent. Y'en a de plus en plus qui disent « ah bah de toute façon euh... tant mieux, je voulais pas de... de médicament. »

E : Et vous avez des... des classes médicamenteuses un peu préférées à déprescrire ou c'est vraiment ce qui... ce qui vient ?

M15 : Euh... qu'est-ce que je fais le plus euh... ? Je... le sommeil c'est vraiment le plus difficile et ça... ça... Le sommeil et les hypnotiques et... et les benzos comme euh... pour le sommeil. Mais c'est le plus difficile avec les patients. Euh... je sais pas, je crois que c'est le cardiovasculaire moi que j'ai envie aussi... les statines euh... les antihypertenseurs en trop euh... les antiarythmiques euh... qui servent à rien. Je pense que c'est le... je trouve que dans le cardiovasculaire, y'a... y'a beaucoup de choses en trop, qui est inutile. Chez les personnes âgées alors euh... on commence quand même par les personnes âgées mais... mais même... je trouve que les IPP euh... Dire aux gens qu'on va l'arrêter... on va l'arrêter doucement et puis on va voir si... si finalement euh... ça va. Ouais les... les IPP... je suis déjà pas une grande prescriptrice moi je... le pharmacien d'à côté d'ailleurs ça m'avait... il avait dit d'ailleurs « oh de toute façon Médecin 15, à part de l'Amoxicilline et du Paracétamol euh... voilà. » Donc euh... c'est... c'est comme ça qu'ils me voient et donc je suis pas très intéressante comme médecin pour eux. Pour ceux qui ont envie de prendre des médicaments. Et... et ça me fait... même je vais parfois trop dans... dans l'autre sens. Pour la douleur aussi j'ai vraiment... je trouve qu'on va trop vite. Les médecins vont trop vite du Paracétamol... du palier 1 au palier 2... du palier 2 euh... voilà. Et je suis... j'ai pas du tout envie qu'on tombe dans le travers des Etats-Unis où ils ont des problèmes de dépendance aux opiacés... à la codéine euh... énormes. Parce que... parce qu'on a dit qu'il fallait euh... traiter la douleur s'en s'inquiéter euh... de... à la fois de l'observance... les gens qui euh... viennent nous voir en disant « ah bah j'ai pris du doliprane et ça sert à rien », y'en a beaucoup ! Mais ils ont pris un doliprane et puis ça a duré peut-être... ça a fait diminuer ou la douleur ou les symptômes je sais pas euh... pendant deux heures ou... et puis après c'est revenu. Donc ça sert à rien parce que ça a pas guéri. Mais on... c'est pas vraiment une prise euh... on n'a même pas essayé une prise régulière sur cinq jours pour voir si euh... on pouvait... donc y'a euh... comment les gens... poser la question aux gens comment ils prennent les médicaments. Euh... c'est vraiment euh... c'est vraiment important. Quelles idées... quelles représentations ils en ont ? Et comment quelque chose qui va guérir le truc... et si ça guérit pas en deux heures c'est que c'est pas le bon médicament, il en faut un autre. Toute cette euh... cette façon d'expliquer ce qu'on veut, ce qu'on cherche et à quoi ça sert tel truc et à quoi ça sert tel autre et...

E : Et pour les benzodiazépines par exemple en pratique vous faites comment ? Vous arrivez quand même à les enlever ou... ? Tout le monde dit que c'est très difficile, on n'y arrive pas...

M15 : Oui, alors je... j'ai une vieille dame-là qui... à qui j'arrive pas. Et elle arrive à un âge canonique là elle doit avoir... elle doit être à quatre-vingt-dix-neuf et elle me dit... elle me demande « mais vous pouvez pas me... me fiche la paix avec ça euh... » Mais elle est... ça sert à rien le truc qu'elle prend euh... Elle prend à une heure du matin un... un truc et elle me dit « à deux heures je suis réveillée » donc elle veut en prendre deux et... et je lui ai dit non euh... qu'elle... mais j'arrive pas à lui faire baisser euh... à un. C'est euh... y'a des trucs euh... difficiles. Alors j'avais essayé pour elle par exemple de euh... la Miansérine pour essayer euh... tout en diminuant etc. Et alors elle m'avait dit que ça servait à rien... que ça marchait pas. Et je ne sais pas pourquoi, pour une histoire de plaie ou je sais pas, elle avait été mise en contact avec les gériatres... je sais pas si elle avait fait un hôpital de jour ou je sais pas quoi... Et eux ils ont... ah non mais c'était pas elle, c'était une autre patiente. Ils avaient fait euh... le changement et là c'était passé. Parce que c'est le spécialiste à l'hôpital... y'a eu une espèce de croyance en quelque chose qui était plus sérieux ou plus... ou en tout cas voilà.

E : Y'a un peu une aura autour du spécialiste...

M15 : Alors il faut savoir user de ça. C'est-à-dire que du moment où on voit « ah bah on pourrait demander l'avis de... »

E : Et les sorties d'hospitalisation, ça peut vous aider parfois ? S'ils en ont enlevé quelques-uns...

M15 : Oui oui, quand ils en ont pas remis mais bon... c'est... là aussi euh... y'a... y'a tellement une histoire de communication dans les sorties que... faut qu'on arrive à déléguer hein. Parce que c'est pas... mais oui c'était le... quand on était... moi je trouve c'est... c'est... ce que j'observe quand on est... que ce soit au niveau d'un diagnostic, d'un traitement, d'un... quand on est bloqué dans la situation avec un patient, il faut ouvrir vers quelqu'un d'autre. Soit vers un médical, soit vers un spécialiste, soit vers l'hôpital mais il faut aller chercher de l'aide. Et plus être dans le face à face où y'a un truc qui marche pas, sur une question ou autour. Et du coup il faut aller euh... il faut trouver quelqu'un d'autre euh... ouvrir euh... pour que le message soit dit ou entendu autrement. Et sinon euh... c'est euh... le moyen... c'est toujours euh... la décroissance progressive et pas se prendre la tête de dire euh... bah si on y arrive pas, on y arrive pas. Mais si on y arrive un peu bah pourquoi pas. Enfin vraiment de... de... d'insister mais pas de mettre euh... l'enjeu, pas faire peur. Parce que dès qu'on fait peur aux gens, chacun se crispe sur une euh... sur ses pensées. Et les... y'a plus rien qui bouge, parce qu'on est chacun dans sa... dans sa peur et le... la peur du patient de pas dormir, la peur d'affronter des nuits tous seuls. Et la peur du médecin de... d'être délégué et de... voilà. La peur du médecin de euh... du temps et de l'énergie qu'il va lui falloir pour euh... enclencher un dialogue ou une question autour d'un truc. Mais l'avantage peut-être euh... des médecins généralistes c'est qu'on a le... on a du temps euh... on revoit les gens, on est sur la durée. Donc euh... on est pas obligé d'avoir un résultat au bout de vingt minutes tout de suite.

E : Ça marche, super ! Bah merci beaucoup !

M15 : Bah de rien !

Entretien médecin 16 :

E : Euh... donc merci déjà de... de... d'accepter de participer à cette étude. Donc euh... voilà ça va durer vingt- trente minutes, pas tellement plus. Le but c'est de trouver un peu des petites euh... des petits outils, des petites techniques euh... de... des médecins euh... qui euh... connaissent ou qui pratiquent la déprescription. Euh... voilà, pour essayer de faire un peu un guide global, aider un peu des étudiants euh... les jeunes médecins à déprescrire. Euh... donc d'abord est-ce que vous pouvez me définir un peu votre euh... pratique euh... en cabinet, à la fac ? Euh... comment est-ce que vous arrivez à... à faire tout en même temps ? Quelle est votre patientèle ?

M16 : Alors moi je suis installée depuis 2016 en Région 2 euh... dans un territoire assez mixte. C'est-à-dire avec une population euh... mixte euh... de... de gens de milieux sociaux plutôt modestes et aussi des gens très aisés... aisés et très aisés euh... voilà. J'ai une patientèle assez diversifiée, je fais pas mal de... quand même de pédiatrie. Et j'ai aussi euh... quelques personnes âgées notamment toute une maison de retraite qui est à côté du cabinet, où... où j'ai quelques patients que je suis en visites à domicile. Euh... voilà, j'y travaille deux jours et demi, dans une structure qui est une maison de santé euh... pluridisciplinaire, avec d'autres professionnels, orthophonistes, sages-femmes, psychologues, infirmières, pédicures-podologues et médecins généralistes. Euh... voilà, donc j'y suis deux jours et demi. Et j'ai deux jours et demi à l'université en tant que chef de clinique, pour faire de la recherche et de l'enseignement.

E : Top.

M16 : Ça va c'est clair ?

E : Tout à fait.

M16 : Et je suis secteur 1.

E : Ça marche, ok. Et les consultations c'est tous les quarts d'heure ?

M16 : J'ai des consultations toutes les vingt minutes.

E : Ok. Est-ce que euh... vous lisez des revues euh... vous faites des formations ?

M16 : Ouais, donc je suis abonnée à *Prescrire* et à *Exercer*. Euh... je lis après d'autres littératures euh... scientifiques en fonction des besoins ou des... des cours sur lesquels je dois être amenée à... à faire ou à préparer pour euh... pour la fac. Euh... je participe euh... à des... au moins deux congrès qui ont lieu chaque année en médecine générale, celui du CNGE et celui du CMGF. Euh... et des formations euh... oui des formations DPC de temps en temps.

E : Ça marche. Et qu'est-ce que ça serait votre définition de la déprescription ?

M16 : Ma définition de la déprescription ?

E : Qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

M16 : Bah c'est l'action peut-être de euh... supprimer un médicament sur une ordonnance qui est pris euh... depuis un... un... enfin un certain nombre de temps par les patients, voilà.

E : Et comment est-ce que vous avez connu ça euh... ?

M16 : Mais on peut aussi penser autre chose que je... que la déprescription voilà... je parle du médicament mais aussi la déprescription de certaines choses qu'on... qu'on proposait à des gens euh... notamment je pense au cancer du sein. Dans le dépistage du cancer du sein, on pourrait se poser la question de déprescrire un peu ces mammographies systématiques chez... tous les deux ans, chez toutes les femmes qui ont pas forcément de facteur de risque. Donc c'est pas uniquement euh... lié au médicament mais c'est peut-être... déprescrire, c'est modifier un peu notre comportement de de... ça peut être un médicament qu'on... qui était là depuis des années ou des comportements de santé en fonction des nouvelles données, plus forcément adaptés.

E : Ça marche. Et comment est-ce que vous avez connu ça ?

M16 : Comment j'ai connu ça... la déprescription ? Euh... je pense principalement en gériatrie où c'est un sujet important. C'est un sujet important, j'ai fait plusieurs stages en gériatrie. Euh... plusieurs stages de gériatrie euh... quand j'étais interne... deux stages et donc c'était quelque chose d'important. Notamment ils ont des outils... ils ont développé des outils euh... de plusieurs listes euh... pour euh... apprendre à déprescrire. Ou alors l'autre idée c'est de... comment dire... de déprescrire mais ça va aussi avec l'idée de prescrire juste quelque part. Euh... et donc ça... y'a des critères notamment la liste de Beers, la liste Laroche et euh... la liste euh... qui sont plutôt sur la déprescription. Et les critères STOPP and START qui ont euh... qui introduisent cette notion nouvelle de soit déprescrire ou soit prescrire à bon escient. Euh... je dirais... donc j'ai principalement connu là-dessus et j'ai pas mal travaillé euh... en recherche sur ce... sur euh... sur ce sujet. Donc j'ai lu pas mal d'articles scientifiques là-dessus. Les thématiques sur euh... la prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques chez les personnes âgées, euh... voilà.

E : Et ces critères par exemple enfin ces listes, euh... Beers, STOPP and START, vous les utilisez toujours en pratique en médecine générale ?

M16 : Euh... je les utilise toujours euh... bah je les connais déjà... après est-ce que je les euh... donc je les... en tout cas je... à chaque fois que je renouvelle une ordonnance, je me pose la question de l'intérêt de... de pourquoi ce médicament est prescrit et est-ce que ça a un intérêt de poursuivre. Après la réponse peut-être euh... que c'est pas le moment de l'enlever. Ou euh... je sais qu'il est pas forcément pertinent et j'aimerais bien l'enlever, mais euh... que j'y arrive pas mais voilà. Effectivement j'essaie en tout cas à chaque renouvellement d'ordonnance de patient chronique, de me poser la question des médicaments que j'inscris sur l'ordonnance.

E : Ça marche. Est-ce que vos... vos démarches de déprescription, elles ont évolué au cours du temps euh... depuis le début de votre installation ou depuis votre internat ?

M16 : Mes démarches de déprescription elles ont... elles ont évolué... Disons peut-être que je m'attache plus à... à enfin voilà... sur les... disons sur les ordonnances de pathologies chroniques. Ouais je pense que je reste assez euh... rigoureuse dans l'idée de... de dire : est-ce que chaque médicament est pertinent. Et bah peut-être vous me direz, sur les prescriptions de maladies un peu euh... de phase aiguë quoi. On... peut-être qu'on pourrait retravailler sur la déprescription de certaines choses qui sont symptomatiques. Et... et peut-être que là euh... on a peut-être moins de vigilance. Parce que quelque

part on se dit c'est pour trois-quatre jours, ça soulagera les symptômes. Et euh... mais même si on sait que la pertinence ou l'efficacité de ce traitement est... est pas... pas forcément euh... en faveur du de ce traitement.

E : Et euh... comment est-ce que vous abordez la déprescription avec vos patients ? Euh... qu'est-ce que c'est votre phrase d'accroche euh... ?

M16 : Je pense que les patients ils sont assez ouverts euh... à la déprescription. Ils sont pas forcément pour avoir une liste euh... de pleins de médicaments. C'est pas forcément vu comme quelque chose de positif par les patients d'avoir 5-6-7-8 médicaments à prendre. Quand on leur demande d'en enlever un euh... ils sont plutôt contents à l'idée de se dire qu'ils vont prendre moins de médicaments, moins de cachets. Enfin ça prend du temps dans une journée euh... ils doivent avoir matin, midi et soir euh... leur pilulier prêt euh... penser à chaque fois à prendre leurs médicaments etc. Donc je pense que les patients, ils sont très ouverts au fait qu'on enlève certains médicaments... certains. Après effectivement euh... voilà... après euh... on sent euh... on sent rapidement les patients qui sont... qui vont plutôt adhérer à l'idée et ceux qui vont être euh... qui vont tenir à leurs médicaments. Et après je pense que c'est assez important de... de parler en transparence. Enfin des patients euh... parce qu'on peut parler euh... des médicaments qui sont sur l'ordonnance, des médicaments qu'il prend, à quoi ils servent ? Enfin puisque la déprescription accompagne toute induction d'un traitement. Et de thématiques euh... qui se rapprochent qui sont l'observance aussi médicamenteuse etc.... qui pour moi s'englobent dans toute... dans toute cette thématique.

E : Est-ce que vous avez des supports ? Euh... qu'est-ce que vous utilisez en consultation ?

M16 : Non, j'ai aucun support euh... j'ai aucun... non je réfléchis mais non, je n'ai aucun... Enfin ça dépend après euh... sur quel euh... médicament en particulier. Si c'est euh... sur les statines effectivement euh... y'a des supports qui existent euh... qu'on peut utiliser sur euh... sur internet qui permettent de... de voir le risque. Ça j'ai pu l'utiliser une fois ou deux. Euh... donc ce sera si vous voulez en fonction de... de certains médicaments. Mais j'ai pas de support à proprement parler. Après euh... voilà, ça n'empêche que je peux noter sur l'ordonnance euh... « arrêt de tel médicament » ou euh... enfin voilà... des choses qui sont pas vraiment un médicament mais préciser « on arrête tel médicament » pour que ça reste bien entendu par le patient.

E : Ok. Et y'a des moments spécifiques euh... pour euh... enfin favorables à la déprescription ? Euh... en sortie d'hospitalisation ou euh... quand c'est un nouveau patient ? Ou est-ce que vous avez des... des moments un peu privilégiés ?

M16 : Alors moi je fais... quand c'est un nouveau patient je le fais jamais à la première consultation. Voilà, je.. je sais pas pourquoi mais voilà... quand il vient me voir et qu'il faut renouveler son traitement bah je renouvelle. Et par contre à la deuxième ou troisième consultation, je peux commencer à en parler. Si certains médicaments euh... je sais pas ou voilà... j'explique clairement même que je change de... de thérapeutique. Parce que même s'il faut un médicament euh... je l'ai fait récemment pour une patiente euh... âgée euh... donc que j'ai vue à domicile, qui était traitée pour hypertension par un anti-hypertenseur central. Y'avait pas de raison qu'elle ait cet anti-hypertenseur. Mais la première fois, j'ai pas changé, j'en ai reparlé euh... après. Peut-être que c'est mieux qu'on change... Je sais plus quelle était la question...

E : C'était au niveau des moments...

M16 : Y'a pas tellement... Et la sortie d'hospitalisation euh... c'est difficile. C'est compliqué la sortie d'hospitalisation. Souvent y'a eu des modifications qui ont été faites à l'hôpital. Les gens ont pas forcément bien compris ces modifications ou ces changements, donc euh... je... voilà, je pense que je dirais pas que y'a un moment propice. Ça doit se faire au moment où... enfin avec le médecin traitant. Enfin je pense que les changements doivent être faits par le médecin traitant et en discussion avec le patient. Et... et je pense que tout moment est bon enfin voilà... c'est comme tout. Je pense qu'à chaque renouvellement, c'est important de modifier enfin... de revoir si les... si les médicaments sont pas justifiés ou s'il faut les modifier. Je pense qu'à chaque fois ça doit être une préoccupation.

E : Et est-ce que vous avez des classes médicamenteuses un peu favorites à déprescrire ?

M16 : Des classes médicamenteuses favorites à déprescrire ? Bah, pfouu... bah y'a des choses que je prescris pas ou très rarement dans... dans les pathologies euh... aigües enfin voilà... qui sont même pas... mais je pense dans les pathologies euh... des douleurs euh... articulaires euh... lombalgies etc., je prescris jamais euh... je vais... ce qu'on appelle les décontractants musculaires euh... donc voilà. Là c'est même pas des classes favorites à déprescrire c'est... je prescris... je vais même pas initier. Je pense que la déprescription, elle commence au fait de pas initier certaines prescriptions. Donc ça je fais... je le fais pas souvent. Après les classes euh... sur lesquelles... où je suis assez vigilante je pense, c'est tout ce qui est benzodiazépines et anxiolytiques... enfin tout ce qui est anxiolytiques et... et hypnotiques. C'est pas l'idée forcément de déprescrire, parce que des fois on est pas dans cette possibilité de... de le faire. Mais toujours dans la discussion de voilà euh... comment on fait avec. Enfin je pense que c'est le... la chose n'est pas aussi simple que « je déprescris, je mets pas sur l'ordonnance ». Pour cette classe médicamenteuse, ça va être plutôt avec le patient. Comment on lui fait comprendre que là, il est tombé dans une addiction une dépendance euh... à cette classe de molécule et qu'on arrive à le sevrer progressivement. Ce qui n'est pas forcément la même chose que euh... un médicament euh... qu'on donnait euh... par exemple pour l'arthrose genre Chondrosulf, où on peut déprescrire de manière... en disant « y'a plus d'indication à le prendre. » Ou euh... de dire « je vous déprescris votre... votre médicament pour le cholestérol, parce que là le taux de cholestérol est devenu très bon. Ou vu votre âge, y'a plus de d'indication à... » C'est un peu différent je pense la déprescription, y'a différentes classes thérapeutiques euh... à voir.

E : Et justement par exemple sur les... les anxiolytiques euh... les benzodiazépines euh... quand c'est euh... un peu une addiction comme ça... est-ce que euh... enfin... vous... vous disiez votre démarche elle est un peu différente euh... y'a... c'est plus de la discussion ? Ou comment est-ce que justement vous arrivez à gérer ?

M16 : Bah c'est très varié... enfin c'est déjà faire comprendre au patient qu'il a une dépendance... qu'il peut pas s'en passer. Et voir euh... quelle est... pourquoi il a euh... quelle est la raison de la prise de ce médicament, pour travailler un peu sur la cause. Voilà c'est si... parce que y'a un terrain un petit peu anxieux, c'est peut-être le réorienter soit vers une psychothérapie ou s'appuyer sur un antidépresseur euh... le... le temps de... de stabiliser les choses pour euh... pour diminuer. Donc euh... voilà, la stratégie va être un peu différente. Mais ce sont des médicaments qui se déprescrivent pas de la même manière que euh... comme je vous le disais euh... des médicaments pour l'arthrose ou... Et après voilà, ce qui s'accompagne je vous disais d'un point important de la déprescription, c'est... c'est à quel moment je les mets. Et donc justement à quel moment j'initie cette prescription... pourquoi et comment j'informe le patient... que ça doit être quelque chose euh... qui va durer un temps... que ça peut pas être quelque chose de chronique etc. etc. Donc dès la prescription, la déprescription doit être une préoccupation.

E : Et euh... est-ce que y'a des choses qui pourraient entraver ou contrarier votre euh... déprescription ?

M16 : Ah euh... enfin le patient lui-même. Voilà je... je suis pas... enfin ça reste une décision... oui du patient. J'ai une patiente qui est sous benzodiazépine à 92 ans et elle a fait plusieurs euh... tentatives et essayer de l'enlever... c'est pas possible. Je pense que y'a un moment où voilà... où l'enjeu est... pour cette patiente, il est pas dans son comprimé de... d'anxiolytique qu'elle prend tous les jours, mais il va être ailleurs. C'est pas que ça va entraver, c'est qu'il faut... y'a une priorisation des choses euh... qui peuvent faire que la déprescription passe au second plan. Ou euh... ou euh... pas forcément parce que finalement euh... elle est équilibrée comme ça.

E : Et le temps ? Est-ce que ça vous gêne le fait que tout le monde dit que ça prend beaucoup de temps... que c'est chronophage de déprescrire ?

M16 : Bah bien soigner des gens oui, ça prend du temps. Bah c'est sûr enfin, c'est comme tout hein voilà. Moi j'exerce euh... je prends des consultations de vingt minutes. Si je dois prendre plus bah... je prends plus mais euh... je me fais pas euh... enfin ce qui me... si c'est utile pour le patient ou pour le bien du patient, c'est ce qui doit entrer en première ligne de compte, voilà. Je pense... mais après euh... oui ça prend du temps, oui. Enfin examiner les patients prend du temps, écouter les patients prend du temps... donc euh... effectivement on peut se poser la question de quel est ton idéal de

consultation et finalement euh... et comment vont évoluer les choses et... Mais... mais je pense que oui, ça peut être un frein. Enfin je dis pas le contraire, ça peut être un frein à un certain moment. De dire... de se rendre compte que « ah oui, faudrait enlever ce médicament mais là euh... visiblement j'ai pas le temps. » Ça peut être un frein de dire « euh... bah je vais le noter et je le ferais la prochaine fois. » Ça peut être un frein pour reporter mais je pense pas que ça doit être un frein pour pas le faire.

E : Et euh... quel est votre rapport avec les spécialistes concernant la déprescription ?

M16 : Et ben c'est assez intéressant parce que bah... voilà moi j'ai pas... c'est sûr que c'est euh... compliqué parce que je... enfin je... j'ai pas une patientèle que je connais depuis euh... des années euh... et quand les patients sont suivis par un spécialiste... ou ont des traitements euh... que le spécialiste a mis en place et que je suis pas forcément toujours en accord avec ça euh... et que je pense que c'est quand même euh... bien pour le patient qu'il ne... qu'il y ait une continuité de soins et une cohérence de discours entre les spécialistes... généralement j'en parle au patient en lui disant « bah peut être que vous pourriez changer ce médicament » et je fais un courrier au spécialiste en lui demandant... en lui posant la question. Ça m'est arrivé plusieurs fois, notamment sur des... sur du Kardégic [aspirine]... d'être étonnée pour des patients qui avaient une cardiopathie ischémique de... de dosage de Kardégic à 250mg, plutôt notion que c'était 75. Et le retour des spécialistes sont pas forcément euh... n'ont pas été forcément très positifs. Voilà, donc euh... voilà. Certains euh... certains en fait sont... ont un peu dans l'idée qu'il est bien surtout sur les personnes âgées... c'est « il est bien comme ça donc on va rien toucher. » Et ça m'est arrivé plusieurs fois ce retour-là, pour une patiente qui était sous Digoxine que je voulais arrêter parce que 92 ans... Et puis voilà l'attitude du spécialiste a été « elle est bien comme ça donc on touche à rien. » Et pareil pour le Kardégic, il est bien comme ça, donc on touche à rien. Donc ça c'est... c'est plus difficile euh.... Mais récemment j'ai eu un spécialiste qui m'a dit « vous avez raison ! »

E : Donc ça arrive quand même ?

M16 : Voilà... qui a dit au patient que « oui, on pouvait diminuer le Kardégic », surtout qu'il avait Kardégic plus Xarelto [rivaroxaban], donc le Kardégic 75 ça suffisait bien. Donc euh... voilà ça... je pense que si... c'est peut-être une idée qui diffuse un peu. Mais c'est sûr que c'est pas facile quand le traitement est un peu euh... soit sur les traitements un peu complexes... enfin je dirais Digoxine etc. Euh... l'arrêt d'un traitement par Digoxine chez une personne qui le prend depuis longtemps, c'est pas forcément quelque chose que j'aurais forcément envie d'initier en ville si elle fait une décompensation cardiaque de son ACFA... ça peut être des traitements un peu plus difficiles effectivement euh... voilà. C'est pour ça que quand y'a des hospitalisations des fois... ça peut être propice de le faire. Donc dans ces cas-là je trouve que c'est bien que le médecin donne son accord ou même le dise. Et sur d'autres euh... voilà, je pense que ça c'est important d'avoir l'avis des spécialistes. Après ça doit pas empêcher de... de prendre ses responsabilités, si on estime que... quitte à changer de... à pousser le patient de changer de spécialiste si on est vraiment en désaccord avec ce spécialiste.

E : Ok, super, bah merci ! Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

M16 : Bah je sais pas si c'est assez clair ?

E : Totalemment !

Recettes et stratégies des médecins déprescripteurs

Résumé :

La polymédication croissante de notre société entraîne toujours plus d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, induisant une morbi-mortalité non négligeable. La déprescription permet de réduire cette iatrogénie et d'améliorer la santé des patients. Cependant, cette démarche est difficile pour les médecins généralistes qui se heurtent à des obstacles leur paraissant infranchissables. L'objectif est d'explorer les stratégies des déprescripteurs afin d'aider leurs confrères à déprescrire.

Cette étude qualitative s'appuie sur des entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes déprescripteurs en Ile-de France. L'analyse des verbatims par théorisation ancrée a conduit à la modélisation d'un arbre thématique.

La déprescription s'inscrit pour ces médecins dans une démarche réflexive globale, qui rend gratifiant leur exercice quotidien. La formation continue leur permet de remettre en question leurs connaissances. La relation de confiance avec le patient est indispensable pour entamer un processus de déprescription, via l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique. Il s'agit de trouver le moment adéquat pour le patient et le médecin dans une continuité de soins. Chaque consultation est l'occasion de refaire le point sur les pathologies des patients afin de réévaluer d'ordonnance. La communication avec les autres professionnels de santé permet d'optimiser la prise en charge globale du patient.

A travers cette étude, ces médecins nous ont transmis leur énergie et leur satisfaction à pratiquer la déprescription. Le guide issu de cette recherche pourrait sensibiliser les généralistes à cette pratique. Chacun pourrait devenir déprescripteur.

Mots-clés :

Déprescription ; Polymédication ; Effets secondaires indésirables des médicaments ; Surmédicalisation ; Recherche qualitative ; Médecin généraliste.

Strategies and Recipes of Deprescribers.

Abstract :

Polypharmacy in our society leads to numerous adverse effects and drugs interactions, inducing morbidity and mortality that should not be neglected. Deprescription can reduce drug-related side effects to improve patients' health. However, this procedure is difficult to follow for general practitioners, who are experimenting several seemingly insurmountable obstacles. The aim of this study is to explore deprescribers' strategies to help their peers in deprescribing.

This qualitative research is based on individual semi-structured interviews of general practitioners who deprescribe in Ile-de-France. The analysis of the written transcriptions by grounded theory led to modelling of a coding tree.

Deprescription is set for these doctors in a global reflexive procedure, that makes their daily practice rewarding. Continuous training gives them the opportunity to question their knowledge. A trust-based relationship with their patients is necessary to start the deprescription, through motivational interviewing and therapeutic education. Patient and doctor need to find the appropriate time for both, while ensuring the continuity of care. Each consultation can be the occasion to review pathologies so as to re-evaluate the treatments. Communication with other healthcare professionals can improve comprehensive care of the patient.

Through this study, practitioners share their energy and pleasure to practice deprescription. The guide coming from this research can sensitize general practitioners to deprescription. Everyone can become a deprescriber.

Keywords :

Deprescription ; Polypharmacy ; Drug Related Side-Effects and Adverse Reactions ; Medical Overuse ; Qualitative Research ; General Practitioner.

Université de Paris
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'école de Médecine - 75270 Paris cedex 06