

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

LA DÉPRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES ET Z-DRUGS CHEZ LES
PERSONNES AGÉES À DOMICILE :

COMMENT AMÉLIORER LA COLLABORATION ENTRE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE ET PHARMACIEN ?

ÉTUDE QUALITATIVE À L'AIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-
DIRIGÉS EN BELGIQUE FRANCOPHONE



Manon de Montigny

Master complémentaire de Médecine générale – Année académique 2021-2022

Sous la supervision du Dr Michel De Jonghe (promoteur) et Thérèse Leroy (tutrice)

1. Table des matières

1.	Table des matières	2
2.	Remerciements	3
3.	Glossaire	4
4.	Abstract.....	5
5.	Préambule	6
6.	Introduction	8
7.	Méthodologie de l'étude.....	13
8.	Résultats.....	18
A.	Descriptions de la cohorte, de l'arbre de codage et saturation des données	18
B.	Résultats de l'étude	21
9.	Discussion	36
I.	Discussion des résultats	36
II.	Apports de l'étude.....	43
III.	Forces de l'étude	44
IV.	Limites de l'étude	45
10.	Conclusion	46
11.	Postambule	47
12.	Bibliographie.....	48
13.	Annexes	51
A.	Methodologie de la recherche de littérature	51
B.	Résumé de la littérature :	53
i.	Sur les Benzodiazépines et z-drugs	53
ii.	Sur la collaboration médecins et pharmaciens	58
iii.	Sur la Collaboration medecins et pharmaciens dans la deprescription des benzodiazépines.....	61
C.	Mail de recrutement.....	64
D.	Guide d'entretien.....	65
E.	Consentement éclairé	67
F.	Attestation de couverture assurance	68
G.	Accords comités éthiques.....	69
H.	Retranscriptions des interviews.....	72
I.	Arbre de codage Nvivo.....	119

2. Remerciements

Tout d'abord, je remercie l'équipe de recherche du CAMG qui m'a mise en contact avec Catherine Pétein et m'a ensuite accompagnée à différentes étapes de mon projet via notamment les précieuses relectures de Thérèse Leroy et Annick Nonneman. Je remercie également mon promoteur Michel De Jonghe qui a sans aucun doute suscité mon affinité pour la pharmacologie et qui a toujours été disponible pour répondre à mes questions.

Ensuite, un immense merci à Catherine Pétein qui m'a guidée tout au long de cette année, de la rédaction de ma question de recherche jusqu'aux résultats. Catherine a vraiment été très précieuse avec son expérience en recherche qualitative et a toujours veillé à me laisser toute liberté de choix dans les différentes étapes du projet. Je garderai un excellent souvenir de notre partenariat, particulièrement lors de nos très nombreuses heures de codage sur Teams. Son enthousiasme pour la recherche et sa rigueur de travail sont communicatifs !

Après, il y a bien sûr les personnes qui m'ont mise dans les bonnes conditions pour que je puisse entamer ce travail fastidieux. Mon maître de stage Gaël Thiry m'a libérée plusieurs fois du cabinet pour que je puisse me plonger quelques heures dans ma rédaction ou réaliser des interviews. Mais aussi notre formidable secrétaire Martine Lalieux qui veille à nous faire travailler dans les meilleures conditions et qui s'assure toujours de notre épanouissement au cabinet. Sans oublier mon compagnon et ma famille qui furent ma source de motivation tout au long de mes études.

Je remercie aussi mon amie Delphine Wallez, pharmacienne passionnée, qui m'a permis de tester au préalable mon guide d'entretien et qui m'a aidé dans le recrutement de mon échantillon. Il y a également ma chère cousine Camille Rutsaert qui a relu précieusement mon TFE, avec toute sa finesse de la langue française et son expérience en rédaction.

Enfin, je remercie tout particulièrement tous les pharmaciens et médecins de mon échantillon qui ont partagé avec moi leurs expériences et leurs pensées sur le sujet. Ils ont dégagé du temps sur leur pratique malgré le contexte difficile de la pandémie covid. Ces échanges m'ont été très bénéfiques bien au-delà de la rédaction de ce travail et m'ont confortée dans le pouvoir de l'interdisciplinarité en santé.

3. Glossaire

Déprescription : « La déprescription est la réduction de dose ou la cessation d'un médicament qui n'a plus d'effet bénéfique ou qui risque de nuire au patient. La déprescription est un processus planifié et supervisé. Le but de la déprescription est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie. » (Définition extraite du Réseau Déprescription canadien <https://www.reseaudeprescription.ca/deprescription>)

Polymédication : Utilisation (chronique) de plusieurs médicaments (5 ou plus) ou administration de plus de médicaments que cliniquement indiqué. (Définition extraite Farmaka <https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/polymedication-chez-la-personne-agee-1-partie-presentation.pdf>)

Décision médicale partagée : « Ce concept décrit le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée. » (Définition extraite de la Haute Autorité de santé en France https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf)

L'entretien motivationnel : « L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. » (Définition extraite de Dumont J, Stitou M. Entretien motivationnel en soins infirmiers. 2019. Les ateliers du praticien.)

Interdisciplinarité : Pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun, et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention. (Définition extraite d'un article de fédération des maisons médicales <https://www.maisonmedicale.org/Pluri-multi-inter-trans-ou-in-disciplinarite.html#nh9>)

Entretien BUM : « L'Entretien d'accompagnement de Bon Usage des Médicaments, en abrégé BUM, est un service pharmaceutique qui renforce le pharmacien dans son rôle d'acteur de soins. Elle constitue une évolution majeure pour la pharmacie d'officine, car elle implique une approche novatrice de l'exercice professionnel. » (Définition extraite de <https://upb-avb.be/dossiers/enm-les-entretiens-daccompagnement-de-nouvelle-medication>)

Stop & start : L'outil STOPP/START.v2 est une liste de critères explicites, validée par des experts européens qui permet l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits aux patients de 65 ans et plus. (Définition extraite d'un article du Louvain Medical <https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content-site/tap-dalleur-startstopp-v03-mn.pdf>)

Sciensano : L'Institut scientifique de santé publique est un établissement scientifique fédéral belge, lié au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. (<https://www.sciensano.be/fr>)

SSMG : Société scientifique de médecine générale représentant les généralistes francophones depuis 1968. (<https://www.ssmg.be/>)

4. Abstract

A. Introduction

In Belgium, in 2016, it was estimated that more than one out of three patients over 75 years of age used benzodiazepines or z-drugs. Despite a general awareness of the non-indication of these molecules for chronic use in the elderly, general practitioners have great difficulty in managing this problem. They do not deprescribe enough because they are held back by a whole series of factors. Pharmacists, on the other hand, do not always dare to propose a deprescription to the elderly patient because they do not want to bypass the physician. Collaboration between these providers in Belgium seems to be lacking, even though the literature shows that it would be very useful in reducing this consumption. The interest of this study is therefore to study how to improve this collaboration.

B. Methodology

A literature review in different search engines was carried out, followed by a qualitative study using individual semi-directed interviews with French-speaking pharmacists and general practitioners from different Walloon and Brussels municipalities. An interview guide with open questions oriented on the different objectives of the study led each interview. Subjects were recruited mainly by e-mail. The inclusion and exclusion criteria are few in order to guarantee a large diversity of practices. The analysis by analytical questioning is iterative and the results are obtained by the consensus of two independent researchers.

C. Results

Interviews were conducted with 6 general practitioners and 6 pharmacists. They confirmed that the deprescribing of BZDs and Z-drugs is a difficult and under-practiced task for both the physician and the pharmacist. Collaboration between these providers is currently rare, although both are in need of more support. The physician wants to maintain leadership in deprescribing but wants the support of the pharmacist. The pharmacist expects the physician to provide clearer indications in order to better support patients in the process. The use of the telephone and electronic prescriptions are the two communication tools currently available, but computer softwares are mentioned as potential aids. These exchanges should allow the physician to transmit his or her desire or agreement for a deprescription to the pharmacist who has made such a proposal, without forgetting the patient, who remains an unquestionable actor in this process.

D. Conclusion

To deprescribe more effectively, the collaboration between the general practitioner and the pharmacist must be bilaterally motivated. The physician should be more proactive in proposing deprescribing schemes and offering a more established place for the pharmacist in this process. The pharmacist should more easily contact the physician to propose a decrease in a patient's medication. In the future, software should facilitate exchanges, but the challenge will be not to exclude the patient from the process.

Keywords: deprescribing, Benzodiazepines, Z-drugs, older people, collaboration, pharmacists, general practitioners.

A. Introduction

En Belgique, en 2016, on estimait à plus d'un patient sur trois de plus de 75 ans consommant des benzodiazépines ou z-drugs. Malgré une prise de conscience générale sur la non-indication de ces molécules en chronique chez les PA (Personnes âgées), le généraliste éprouve de grandes difficultés à gérer cette problématique. Il ne déprescrit pas suffisamment, car est freiné par toute une série d'éléments. Les pharmaciens, de leur côté, n'osent pas toujours proposer une déprescription au patient âgé, car ne veulent pas court-circuiter le médecin. En Belgique, la collaboration entre ces prestataires semble peu présente alors que la littérature montre tout son intérêt pour diminuer cette consommation. Étudier comment améliorer cette collaboration est donc l'intérêt de cette étude.

B. Méthodologie

Réalisation d'une revue de littérature dans différents moteurs de recherche. S'en suit, une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de pharmaciens d'officine et de médecins généralistes francophones issus de différentes communes wallonnes et bruxelloises. Un guide d'entretien avec questions ouvertes orientées sur les différents objectifs de l'étude conduit chaque interview. Le recrutement des sujets se fait essentiellement par e-mail. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont peu nombreux pour garantir une grande diversité de pratiques. L'analyse par questionnement analytique est itérative et les résultats sont obtenus par les consensus de deux chercheuses indépendantes.

C. Résultats

Les entretiens ont été réalisés auprès de 6 médecins généralistes et 6 pharmaciens. Ceux-ci ont confirmé que la déprescription des BZD et Z-drugs est une tâche difficile et sous-pratiquée par le généraliste et le pharmacien. La collaboration entre ces prestataires est rare actuellement alors qu'ils sont tous deux demandeurs de plus d'entraide. Le médecin veut garder le leadership pour déprescrire, mais souhaite l'appui du pharmacien. Ce dernier attend du médecin des indications plus claires afin d'accompagner davantage les patients dans la démarche. L'usage du téléphone et les prescriptions électroniques sont les deux outils communicationnels disponibles actuellement mais les logiciels informatiques sont cités comme aides potentielles. Ces échanges devraient permettre au médecin de transmettre au pharmacien sa volonté ou son accord pour une déprescription, après que ce dernier lui ait fait une telle proposition. En parallèle, le patient resterait bien entendu un acteur incontestable dans la démarche.

D. Conclusion

Afin de déprescrire plus efficacement, la collaboration entre le généraliste et le pharmacien doit être motivée bilatéralement. Le médecin devrait être plus proactif en proposant des schémas de déprescription et offrir une place plus établie au pharmacien dans sa démarche. Le pharmacien devrait contacter plus aisément le médecin pour lui proposer une diminution chez un patient. À l'avenir, les logiciels devraient faciliter les échanges, mais l'enjeu sera de ne pas exclure le patient du processus.

Mots clés : déprescription, Benzodiazépines, Z-drugs, collaboration, pharmacien, médecin généraliste.

5. Préambule

Dès le début de ma pratique, j'ai été confrontée à une grande discordance entre les indications médicamenteuses qui nous avaient été enseignées dans nos cours et le choix d'une molécule en fonction des particularités des patients. Par exemple, je suis bien au courant qu'un patient de 57 ans avec une tension artérielle de 165/95 au cabinet, confirmée par automesures au domicile, nécessite un traitement antihypertenseur. Je sais que comme ce patient a d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine semble opportun en première intention. Quand je me rends sur le répertoire commenté des médicaments (CBIP), je réalise qu'il y a 9 molécules possibles. Laquelle choisir ? A quel dosage ? Ces questions ont rapidement entraîné chez moi une affinité pour la pharmacologie. La lecture de la Revue Prescrire m'éclaire notamment sur le choix des bonnes molécules.

Lors de mes premiers mois de pratique, je développe également un goût pour la prévention. Je réalise qu'elle peut s'inscrire sous différentes formes au sein d'une consultation mais qu'elle nécessite beaucoup de compétences. Tout d'abord, elle exige du médecin un questionnement systématique et perpétuel des aspects de son patient (dépistages, traitements médicamenteux, hygiène de vie, bien-être psychologique, état vaccinal, etc.). Cette démarche proactive intègre ensuite la décision médicale partagée et des aptitudes en communication au sens large. Enfin, la prévention nécessite de bonnes connaissances scientifiques mises à jour continuellement afin que le discours au patient soit de qualité.

Un dernier étonnement qui marque le début de ma pratique est que bon nombre de motifs de consultation de patients polymédiqués soient en réalité liés aux effets indésirables de leurs médications. Notre premier réflexe serait de soulager la plainte par un médicament supplémentaire alors que l'arrêt ou le remplacement du médicament causal est bien moins évident en début de pratique. Les exemples sont nombreux : ajout d'un antihistaminique pour un prurit alors que la cause est l'antidépresseur (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine), ajout d'un Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 pour une dysfonction érectile alors que la cause est l'antihypertenseur (Bétabloquant), etc. Mes affinités pour le choix de la bonne molécule, pour la prévention et enfin pour les effets indésirables potentiels des médicaments m'ont amenée à un sujet de prédilection : La déprescription.

6. Introduction

En Belgique, 18,9 % de personnes âgées (PA), c'est-à-dire les plus de 65 ans, et 23% des plus de 75 ans ont une consommation chronique de médicaments ⁽¹⁾ ¹. Régulièrement, la PA ne sait ni pourquoi ni depuis quand il prend certains de ses traitements. Ces médications ne sont parfois plus efficaces ou plus indiquées. Des prescriptions inappropriées très courantes chez les PA sont les benzodiazépines (BZD) et z-drugs prescrits chroniquement dans le cadre d'insomnies ou d'anxiété, comme rappelé régulièrement par l'INAMI. Ils figurent d'ailleurs dans certains outils de revue médicamenteuse chez les PA polymédiquées (STOPP & START ⁽²⁾, les critères de Beers ⁽³⁾, etc.).

Les BZD et z-drugs font partie de la classe des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, avec la mélatonine et certains médicaments à base de plantes. Malgré cela, comme mentionné dans le CBIP ⁽⁴⁾, ils ne sont pas le premier choix pour prendre en charge l'anxiété ou l'insomnie compte tenu de leurs effets indésirables, surtout chez les PA (augmentation des chutes, de la confusion et des dysfonctions cognitives) ².

Il y a plus d'un demi-siècle, ces molécules se sont pourtant imposées dans le domaine psychiatrique, car de réputation beaucoup plus sûre que les barbituriques. Par la suite, dans les années 80, les effets indésirables tels que les symptômes de sevrage ont pris le devant de la scène et dans les années 90, les indications se sont amoindries ⁽⁵⁾.

Cette tendance enthousiaste à la déprescription est soulevée dans une enquête de santé réalisée par Sciensano en 2018 ⁽⁶⁾ constatant que, sur une dizaine d'année, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus ayant pris des BZD au cours des dernières 24 heures est passé de 18,9% à 11,9%. Malgré cela, la prévalence de consommation de BZD et z-drugs dans la population âgée reste trop élevée et l'étude estime que 112 pour 1000 PA de 65 ans et plus consomment des BZD de façon chronique. Cela correspond à plus du triple de la consommation moyenne à l'international estimée par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) qui est à 33,9/1000. De plus, l'étude rapporte que la tendance à la déprescription est totalement absente pour les z-drugs dont la consommation est stable depuis 2004. Toujours

¹ Les références entre parenthèses renvoient le lecteur à la bibliographie p. 48 à 50.

² Plus d'informations sur ces molécules sont détaillées dans l'Annexe B. I « Résumé de la littérature sur les benzodiazépines et z-drugs ».

en Belgique, en 2016, on estimait à plus d'un million les doses journalières d'anxiolytiques et de calmants délivrés par les pharmaciens (1 260 034 doses journalières définies selon l'association pharmaceutique belge en 2016) ⁽⁷⁾. Cette consommation augmentait de façon majeure avec l'âge, plus d'un patient sur trois de plus de 75 ans consommant des benzodiazépines ou z-drugs.

Si ces chiffres restent considérables, c'est parce qu'il y a toute une série d'entraves à la déprescription reprises dans la littérature. Une revue systématique avec synthèse thématique ⁽⁸⁾ s'est intéressée aux freins à la déprescription de façon globale. Elle cite le manque de temps du médecin, la difficulté à déprescrire à contrario de la prescription qui répond davantage aux besoins des patients et qui est moins énergivore, la résistance des patients, la relation thérapeutique menacée, le syndrome de sevrage et bien d'autres choses qui rendent la tâche du médecin difficile.

Une autre étude spécifique aux BZD ⁽⁹⁾ s'intéresse à l'influence que peut avoir le médecin sur la méthode de diminution d'une consommation de BZD selon les perceptions du patient et énumère quelques stratégies communicationnelles pour mener à bien une déprescription. On y comprend alors toute la finesse que cette démarche nécessite avec l'utilisation d'approches telles que la décision médicale partagée.

Concernant le schéma de diminution d'un traitement chronique par BZD ou z-drugs, il est toujours indiqué de diminuer très progressivement le dosage, à raison de 10 à 20% tous les 7 à 15 jours. L'usage de magistrales peut également s'avérer utile ⁽¹⁰⁾. Les études sont partagées sur l'intérêt ou non de substituer le produit initial par une BZD à longue demi-vie telle que le diazépam pour faciliter l'arrêt de la molécule ³.

Par moment, la déprescription est décourageante pour le généraliste, car malgré l'investissement, les résultats peuvent être décevants. Toutefois, cette tâche est primordiale en médecine générale. Ce TFE est mis à contribution pour faire ressortir des pistes potentielles facilitant cette démarche.

³ Pour plus d'informations sur les méthodes de sevrage, se référer à l'annexe B. I « Résumé de la littérature sur les benzodiazépines et z-drugs ». Un tableau d'équivalence (Tableau 5) est également disponible.

Suite à ces premières observations, une recherche de littérature sur le sujet est réalisée ⁴. Une constatation ressort rapidement des lectures des premiers articles : l'intégration du pharmacien dans ce processus semble restreinte et complexe à mettre en place en pratique. Pourtant les connaissances scientifiques de ce dernier, sa place stratégique de délivreur du médicament et sa disponibilité potentielle devraient renforcer la démarche.

Une revue de littérature plus ciblée sur la collaboration médecin et pharmacien est alors réalisée dans Pubmed, Embase, Cochrane, Tripdatabase ⁵.

Des chercheurs se sont intéressés à cette problématique avec notamment une étude qualitative publiée en 2017 en Allemagne ⁽¹¹⁾ portant sur les perceptions de la collaboration interprofessionnelle des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine. Elle est composée de treize entretiens auprès de médecins et pharmaciens, suivis de deux groupes de discussion. Cette étude mène à trois constats : la confiance et l'appréciation mutuelles influencent la qualité de la collaboration interprofessionnelle ; les pharmaciens réclament une façon prédéfinie, claire et directe de communiquer avec les médecins ; les médecins généralistes souhaitent le soutien compétent de pharmaciens expérimentés. Les auteurs vont plus loin en proposant trois démarches afin de stimuler cette collaboration : Instauration d'ateliers interprofessionnels, initiatives politiques pour rassembler les médecins et pharmaciens, stimulation des interactions lors des études et du début de la carrière.

Une méta-analyse ⁽¹²⁾, publiée en 2018, confirme les résultats antérieurs de la littérature sur les avantages des interventions dirigées par les pharmaciens pour optimiser l'utilisation des médicaments chez les PA.

Concernant plus spécifiquement les benzodiazépines, l'étude « *Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults* » ⁽¹³⁾ montre clairement l'efficacité de cette communication entre prestataires. Elle décrit l'intervention D-PRESCRIBE ⁶ menée au Canada entre février 2014 et septembre 2017 et qui fait suite à l'intervention EMPOWER ⁽¹⁴⁾. Cette première étude concernait l'éducation des

⁴ Dont les détails sont disponibles dans l'Annexe A

⁵ Dont le Flowchart 1 est disponible dans l'Annexe A. Les articles les plus pertinents ont été triés en trois catégories (I, II et III) et expliqués dans l'Annexe B.

⁶ La description plus précise de cette étude se trouve dans le Tableau 6 en Annexe B III.

patients âgés de plus de 65 ans consommateurs d'une BZD ou z-drugs et vivant à domicile, par le pharmacien, à l'aide d'une brochure explicative des effets secondaires ainsi que des témoignages de personnes ayant arrêté ces molécules. La nouvelle étude D-PRESCRIBE va encore plus loin dans la démarche en impliquant le médecin généraliste. En effet, en plus de l'éducation au patient via la brochure, il y a également un avis envoyé par le pharmacien d'officine au médecin traitant évoquant les recommandations d'un arrêt de la molécule. Les résultats des deux études montrent une baisse de consommation importante suite à la distribution des brochures mais d'un degré encore plus élevé lorsque le médecin est impliqué dans le processus de déprescription initié par le pharmacien; Déprescription de 27% vs 5% dans le groupe témoin pour la brochure EMPOWER et 43,2% contre 9% pour le groupe témoin pour l'intervention D-PRESCRIBE.

Des études similaires ne semblent pas exister actuellement en Belgique, même au sujet de la collaboration médecins et pharmaciens en général. Est-ce parce que les rôles propres de chaque prestataire sont moins étendus chez nous ?

Lorsque l'on se penche sur les codes de déontologie des pharmaciens ⁽¹⁵⁾ et des médecins ⁽¹⁶⁾, on remarque pourtant que leurs obligations en termes d'information au patient, de prescription appropriée, de collaboration ou encore de prévention sont compatibles :

« Article 20 **Le pharmacien est un conseiller de la santé.** Ceci suppose écoute, dévouement, compétence, objectivité et probité.

Article 60 Toute collusion entre des pharmaciens et d'autres praticiens de soins de santé est interdite. Sont par contre acceptables **les formes de collaboration entre pharmaciens et autres dispensateurs de soins qui sont mises en place dans l'intérêt du patient et de la qualité des soins et préservent l'indépendance du pharmacien et le libre choix du patient.** »

« Article 5 **Le médecin est attentif à la prévention**, à la protection et à la promotion de la santé.

Article 21 Le médecin attire l'attention du patient sur les conséquences de l'usage inapproprié de médicaments et de l'abus de substances qui peuvent conduire à une assuétude. **La prise en charge d'une dépendance grave nécessite une approche pluridisciplinaire.** »

Des entités fédérales, comme le SPF, mènent des actions ⁽¹⁷⁾ pour favoriser l'implication du pharmacien dans cette déprescription via notamment la création d'un site internet avec une mine d'informations utiles et la création de brochures à distribuer aux patients.

Un bref résumé de la situation décrite ci-dessus conclut que la consommation chronique de BZD et z-drugs chez les PA en Belgique est considérable malgré leurs effets secondaires. Il n'est pas facile pour le généraliste de déprescrire, particulièrement car les patients font de la résistance. La collaboration avec le pharmacien d'officine sur ce sujet semble indispensable au regard des avantages montrés par les études. Cependant, ces professionnels ne semblent pas coopérer suffisamment chez nous au regard notamment de l'absence d'étude.

Après ces constatations, il y a une mise en contact avec Catherine Péteïn, doctorante à Louvain Drug Research Institute (LDRI). Celle-ci réalise une thèse sur la déprescription des BZD et z-drugs chez les PA vivants à domicile. Un intérêt commun pour la collaboration médecin-pharmacien dans ce domaine se dégage et la possibilité d'une étude qualitative sur ce sujet, qui pourra se greffer à sa thèse, se concrétise.

Pour achever cette introduction, la volonté de ce TFE tient en deux enjeux ; d'une part la **compréhension** du décalage entre les effets bénéfiques démontrés d'une collaboration médecin et pharmacien pour ce qui est de la déprescription de BZD et z-drugs dans la littérature et la timide collaboration entre ces prestataires en Belgique ; d'autre part, la **proposition** d'une collaboration future et des pistes pour y parvenir.

De là, naît la question de recherche de ce travail :

LA DÉPRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES ET Z-DRUGS CHEZ LES PERSONNES AGÉES À DOMICILE :

COMMENT AMÉLIORER LA COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PHARMACIEN ?

Les objectifs détaillés de ce TFE sont scindés en quatre parties ;

1. Description des **habitudes de déprescription** des benzodiazépines et z-drugs ainsi que des **freins et facilitateurs** à cette pratique
2. Clarification des **rôles respectifs de chaque prestataire**.
3. Description du **partenariat actuel** entre généralistes et pharmaciens d'officine concernant la déprescription des benzodiazépines et z-drugs
4. Proposition d'un **partenariat envisageable et perspectives d'amélioration**

7. Méthodologie de l'étude ⁷

- **Type d'expérimentation :**

Il s'agit d'une étude qualitative.

- **Justification du choix de l'expérimentation :**

Etant donné que la collaboration médecin généraliste et pharmacien est peu explorée, la méthode qualitative permet d'aborder une question complexe. En d'autres termes, contrairement au quantitatif, le qualitatif peut répondre plus favorablement au « comment ? » et au « pourquoi ? » ⁽¹⁸⁾. Comme expliqué dans l'ouvrage *«Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances»*, *« Les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié. Elles visent non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène. La recherche qualitative est également utile pour générer des hypothèses. »* ⁽¹⁹⁾

- **Choix de l'outil de collecte de données :**

Entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes et des pharmaciens. Les entretiens sont menés à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif ⁸, rédigé au préalable, avec questions ouvertes fixes et questions de relances potentielles si précisions nécessaires. Ce guide d'entretien évoluera au cours du temps avec la modification ou la suppression de certaines questions si nécessaire en fonction des réponses obtenues lors des premiers entretiens sans pour autant chercher à influencer les réponses. Pour se faire, la formulation des questions reste la plus ouverte possible.

- **Justification du choix de l'outil :**

Bien qu'il s'agisse d'un TFE de médecine générale, l'étude souhaite décrire les interactions entre les deux prestataires choisis et les interviews sont donc l'occasion d'explorer les deux côtés de la relation. Ces entretiens en privé accueillent le ressenti « brut » de chaque praticien. Si l'on part de l'hypothèse que le vécu du médecin est différent de celui du pharmacien et que

⁷ Ici se trouve une description de l'expérimentation. Pour les détails de la recherche de littérature, il faut se référer à l'Annexe A : Méthodologie de la recherche de littérature.

⁸ Disponible en Annexe D : Guide d'entretien

leurs habitudes de déprescription se distinguent, des interviews individuelles permettent une grande liberté d'expression sans peur de jugement. Pour information, cet outil n'est pas figé dans le temps et les questions peuvent évoluer au fil des interviews pour parvenir à cibler les questions utiles à la question de recherche. Enfin, d'un point de vue pratique, la rencontre peut se faire sur le lieu de travail de l'interrogé, à l'heure qui lui convient.

- **Caractéristiques des participants (critères d'inclusion) :**

Il s'agit d'entretiens individuels avec, d'une part, des médecins généralistes francophones et d'autre part, des pharmaciens francophones salariés et indépendants, exerçants dans différentes provinces belges. Sont inclus, les médecins généralistes et pharmaciens qui ont une activité extrahospitalière et qui sont diplômés au moment de l'interview (pas d'assistant pharmacien, pas de stagiaire, pas d'assistant généraliste). Il n'y a pas d'autre critère d'inclusion, le but étant que les médecins généralistes et pharmaciens choisis offrent suffisamment de diversité dans leurs types de pratique, nombre d'années de pratique et localisation pour prendre en compte le plus de réalités possibles. Une attention particulière est prévue tout au long de l'échantillonnage pour éviter de sélectionner systématiquement des praticiens avec une affinité pour la déprescription des BZD et z-drugs.

- **Critères d'exclusion des participants :**

Sont exclus les médecins généralistes et pharmaciens proches de l'expérimentatrice (Manon de Montigny : MdM), professionnellement ou dans le privé.

- **Caractéristiques de l'expérimentatrice :**

La chercheuse est également l'expérimentatrice. Il s'agit donc de Mdm, en troisième année d'assistantat de médecine générale. Elle a de nombreux amis médecins généralistes et une amie proche pharmacienne. Elle a également une activité de chercheuse un jour et demi par semaine au CAMG UCL où elle se familiarise avec les méthodologies de recherche en santé, sur des sujets de médecine générale. Il s'agit de sa première étude qualitative et donc de ses premières interviews et retranscriptions.

- **Méthode d'échantillonnage :**

Les praticiens sont contactés par e-mail ⁹ de septembre 2021 à janvier 2022 avec les infos principales de l'étude et les modalités de l'interview. L'accès aux coordonnées de ces praticiens initiaux se fait de plusieurs manières : les médecins contactés font soit partie du cercle de garde de MdM, soit connaissent son maître de stage, soit sont des maîtres de stage de ses connaissances, soit sont des gens rencontrés brièvement dans sa pratique. Les pharmaciens contactés sont connus via le bouche à oreille ou ont déjà été rencontrés brièvement par MdM. Le recrutement évolue au fur et à mesure des réponses positives obtenues. Concrètement, si une personne ayant répondu positivement est âgée de 40 ans ou plus, alors l'envoi de mails à des praticiens plus jeunes et plus âgés est programmé. Même chose pour le type de pratique, la localisation, le genre, etc. Les personnes sélectionnées sont également mises à contribution pour fournir des coordonnées de candidats potentiels.

- **Grandeur de l'échantillon et saturation de données:**

Le nombre de sujets est limité à 6 praticiens généralistes et 6 praticiens pharmaciens. Ces douze entretiens ne permettront probablement pas d'arriver à la saturation de données mais ce chiffre, choisi de façon arbitraire par MdM, semble être réaliste par rapport au temps qui peut être dégagé pour la réalisation du TFE out en offrant un matériel déjà conséquent. Pour information, en termes d'heures de travail, de la réalisation à l'analyse, une interview prend environ 12 heures (1h de réalisation, 3 à 4h de retranscription, 2 à 3h de codage individuel et 3h de mise en commun).

- **Durée et lieu de l'expérimentation :**

Il est prévu 30 à 45 minutes de rencontre en face-à-face à la pharmacie ou au cabinet du prestataire, voire un autre lieu. L'interrogé décide du lieu, de la date et de l'heure du rendez-vous. Si une visioconférence semble plus adéquate pour le participant, cela est également possible. Les interviews se déroulent entre octobre 2021 et mars 2022.

⁹ Disponible en Annexe D : Guide d'entretien

- **Essai préalable**

Le guide d'entretien a été testé au préalable sur une pharmacienne afin d'évaluer le temps nécessaire à l'interview et la compréhension des questions. Cet essai a permis à MdM de s'exercer une première fois et de reformuler certaines questions.

- **Critères d'abandon de l'expérimentation**

Comme mentionné dans le formulaire de consentement éclairé ¹⁰, l'interrogé peut à tout moment interrompre l'interview, demander à se retirer de l'étude et que son fichier audio soit supprimé.

- **Confidentialité des données, aspects éthiques**

L'identité et la participation des sujets interrogés demeurent strictement confidentielles conformément aux lois belges du 22 août 2002 relative aux droits du patient et du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ainsi que par la réglementation européenne (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur. Les données à caractère personnel sont anonymisées : les sujets ne sont pas identifiés par leur nom, ni d'aucune autre manière reconnaissables dans aucune retranscription ou dans les résultats et publications relatives à l'expérimentation. MdM est la seule à avoir rencontré les participants et à avoir eu accès aux données vocales avant anonymisation. Catherine Pétein (CP) a bénéficié des retranscriptions anonymisées.

Des accords des comités MGTFE et CEHF (Comité éthique hospitalo-facultaire) de l'UCL ont été accordés ¹¹.

- **Méthode de collecte des données**

- Enregistrement audio non filmé de l'interview après accord du participant, sur une tablette portable dans un fichier ne mentionnant pas le nom du participant.
- Retranscription intégrale, c'est-à-dire mot pour mot, du fichier audio dans un document Word avec masquage de toutes les informations permettant de se rapprocher de l'identité du participant (nom, lieu de travail, références aux collègues, etc.).

¹⁰ Disponible en Annexe E : Consentement éclairé

¹¹ Disponibles en Annexe G : Accords comités éthiques

- Suppression des fichiers audios après retranscription.
- Pas de retour des retranscriptions prévu aux participants pour éventuelle correction.

- **Méthode d'analyse des données (y compris données manquantes, erronées, etc) :**

Les deux chercheuses sont d'une part l'expérimentatrice (MdM) et d'autre part Catherine Péteïn (CP). L'analyse se fait dans un premier temps de façon individuelle. Pour le premier entretien, il est prédéfini à l'avance d'étudier les données de façon inductive en utilisant les grands thèmes présents dans le guide d'entretien comme catégories éventuelles. Ce type de méthodologie s'apparente en réalité au questionnement analytique: *« Cette approche est tout indiquée pour les évaluations de projets, les études de besoin et les recherches évaluatives dans l'ensemble. Elle est en germe dans diverses approches ciblées telles les recherches portant sur les croyances, les motivations, les idéologies, les situations communicationnelles. (...) Les questions du canevas investigatif deviennent ainsi des guides pour l'analyse du corpus, des structures pour les réponses et des balises pour la rédaction du rapport. L'analyste travaille directement avec les questions formulées expressément en lien avec les objectifs de sa quête et avec le contenu de son corpus. Ses questions, il va donc les expliciter, les préciser, les sous-diviser, les soumettre au corpus puis les revoir et les corriger. »* ⁽²⁰⁾ Les catégories dégagées lors de l'analyse individuelle feront donc directement écho à celles du guide d'entretien. Le processus étant itératif, ces dernières évolueront tout au long de celui-ci.

Dans un second temps, pour chaque interview nouvellement analysée, il y a une mise en commun avec CP des arbres de codage personnels et des extraits de la retranscription correspondants aux catégories choisies. Pour chaque donnée traitée, une discussion est menée jusqu'à l'arrivée d'un consensus. Ce dernier est reporté au sein du logiciel Nvivo. L'arbre de codage commun se construit donc au fil des interviews et est à chaque fois utilisé comme base pour le codage personnel de l'entretien suivant.

Les résultats classés en sous-catégories dans l'arbre de codage sont ensuite résumés et illustrés par des citations. Les données ne sont pas quantifiées et les résultats « surprenants » ou issus d'un seul entretien sont volontairement présents dans les résultats.

8. Résultats

A. Descriptions de la cohorte, de l'arbre de codage et saturation des données

1. Les participants et non-participants

Au total, 11 pharmaciens et 50 médecins ont été contactés par mail afin d'obtenir 6 pharmaciens et 6 médecins pour l'expérimentation. La figure 1 décrit le processus de recrutement pour chaque type de professionnels :

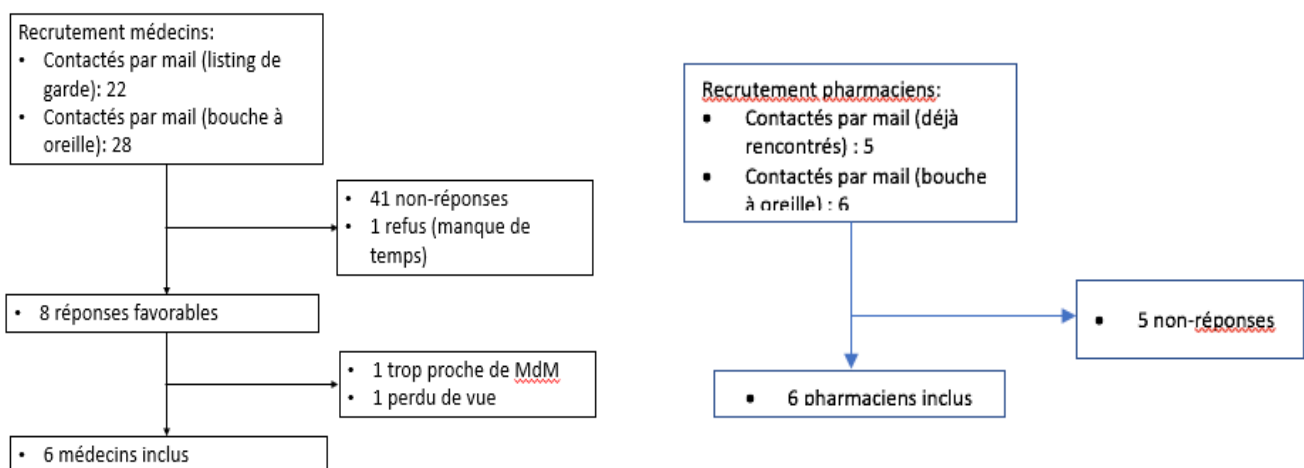


Figure 1 : Processus de recrutement

2. Les caractéristiques des professionnels de santé sélectionnés

À l'image des répartitions sur le terrain en Belgique francophone, l'échantillon des pharmaciens est entièrement composé de femmes pharmaciennes avec une majorité d'activités de groupe dans le milieu urbain. De même, plus de la moitié des généralistes sont des femmes ayant une expérience professionnelle souvent supérieure à 20 ans et travaillant généralement en pratique de groupe en milieu urbain. Une attention particulière a toutefois été portée pour sélectionner aussi des professionnels issus de minorités (milieu rural, hommes, pratiques solo, jeune génération). Le tableau 1 décrit la répartition précise pour chaque type de professionnels :

	Sexe	Sexe	Durée de carrière	Durée de carrière	Durée de carrière	Milieu de travail	Milieu de travail	Type de pratique	Type de pratique
	♀	♂	<10 ans	Entre 10 et 20 ans	>20 ans de carrière	Urbain	Semi-Rural	Solo	Groupe
Pharmaciens	6/6	0/6	2/6	1/6	3/6	4/6	2/6	NA	NA
Médecins	4/6	2/6	3/6	0/6	3/6	4/6	2/6	2/6	4/6

Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels

3. Lieux et durée moyenne des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail de l'interrogé à quelques exceptions près (congé de maternité, distance géographique >100km, prestataire en congé au moment de l'entretien). La durée moyenne des entretiens auprès des pharmaciens est plus longue que celle des médecins pour le même guide d'entretien utilisé. Le tableau 2 décrit la répartition précise pour chaque type de professionnels :

	Officine ou du cabinet prestataire	Domicile du prestataire ASBL	Via Teams	Durée moyenne
Pharmaciens	3/6	2/6	1/6	36minutes 30s
Médecins	4/6	0/6	2/6	29 minutes 30s

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

4. Retranscriptions des entretiens

Les douze interviews retranscrites intégralement sont disponibles dans l'Annexe H « Retranscriptions des interviews »

5. Arbre de codage Nvivo

L'arbre de codage est disponible dans l'annexe I « Arbre de codage Nvivo ».

Il y a, au final, 369 nœuds répartis dans les onze catégories principales suivantes:

- DÉPRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES ET Z-DRUGS
- COLLABORATION GÉNÉRALE MÉDECIN-PHARMACIEN
- RÔLE PROPRE PERÇU PAR LE PHARMACIEN
- RÔLE PROPRE PERÇU PAR LE MÉDECIN
- RÔLE PERÇU DU MÉDECIN PAR LE PHARMACIEN
- RÔLE PERÇU DU PHARMACIEN PAR LE MÉDECIN
- PERCEPTIONS DU MÉDECIN PAR LE PHARMACIEN
- PERCEPTIONS DU PHARMACIEN PAR LE MÉDECIN
- PERCEPTIONS PAR RAPPORT AU PATIENT
- PERCEPTIONS PAR RAPPORT AUX BENZODIAZÉPINES ET Z-DRUGS
- PLACE DU PATIENT
- PRÉVENTION

Dans l'annexe I « Arbre de codage Nvivo », il y a également un tableau (Tableau 7) reprenant le nombre de codes et références pour chaque interview au sein de l'arbre de codage.

6. La saturation des données

Comme supposé initialement dans le protocole, la taille de l'échantillon n'a pas permis d'atteindre une saturation totale des données, car les dernières interviews des pharmaciens et médecins ont livré encore quelques nuances et sous-thèmes supplémentaires. Cependant, l'ensemble des entretiens a permis de collecter un nombre de données assez conséquent pour obtenir un matériel pertinent par rapport aux objectifs de ce travail.

B. Résultats de l'étude

Première partie : Habitudes de déprescription des benzodiazépines et z-drugs et freins et facilitateurs à cette pratique

- Expériences de déprescription

Tout d'abord, l'expérience de déprescription se fait rare, voire inexistante, chez beaucoup de prestataires. Ils avouent réaliser peu de schémas de déprescription de BZD et z-drugs tant du côté des pharmaciens que des médecins. Cependant, la déprescription est pour certains bien connue et pratiquée.

Pharmacien 6

« Moi personnellement, je ne l'ai pas encore fait, déprescription jamais. »

Médecin généraliste 2

« Le principe de la déprescription est arrivé il y a 25 ans, quelque chose comme ça et donc j'ai été sensible à la question. J'ai essayé de vraiment appliquer ces principes, que je trouvais qui avaient vraiment sens, aux patients. »

Quelques-uns exposent également des expériences de déprescription dans le cadre de leur formation universitaire, ou encore dans des GLEM médecins-pharmaciens.

Toujours dans l'abord de cette expérience, elle s'illustre aussi par des situations concrètes.

Pharmacien 3

« Oui, on avait une grosse consommatrice d'Alprazolam 2mg je pense. Elle était à quasiment à la dose toxique. Je pense que c'était 10 comprimés de 2mg, oui c'était un peu catastrophique. Et là on a vraiment eu un sevrage. Ça a duré 1 an et demi. Et on y est arrivés en fait. Là par contre ce n'était pas en magistral donc on a vraiment fait des délivrances au début c'était journalières puis hebdomadaires de ses comprimés pour pouvoir gérer. »

Et enfin, lorsque les prestataires abordent leurs habitudes de déprescription, ils utilisent régulièrement des termes flous tels que « j'essaie d'en parler », « je propose », « je soumetts l'idée ». Malgré tout, certains médecins offrent davantage de précision. Ils décrivent toute l'anamnèse d'une déprescription de BZD et utilisent des méthodes qui s'apparentent à l'entretien motivationnel ou la décision médicale partagée.

Médecin généraliste 3

« En général, je revois un peu l'indication, j'essaie de voir depuis quand il le prend et quelle dose. Ce que lui interprète; pourquoi il le prend, quel effet il a l'impression que ça fait sur lui, est-ce qu'il a déjà essayé de l'arrêter, est-ce qu'il la prend tous les jours? Est-ce que c'est vraiment chronique et qu'on ne sait plus très bien l'effet ou est-ce que ça reste un petit peu en bouée de secours? Après, j'essaie aussi de mettre un cadre dans un premier temps. Donc c'est vraiment de voir la quantité, d'être sûre en tous les cas qu'il n'augmente pas les quantités, qu'il n'est pas dans une escalade. Et par après, quand j'arrive un peu à faire ces deux points-là, je dirais, je parle d'arrêter ou de diminuer en fonction de ce que veut le patient. »

- Déclencheurs de la discussion de la déprescription

Il y a deux approches qui se démarquent chez les prestataires pour aborder la déprescription avec le patient. La première est l'approche réactive alors que le patient fait une demande d'avance ; surconsomme ; a un problème de santé aigu en lien avec sa consommation ; sort d'une hospitalisation ; ou encore manifeste le souhait de diminuer ou d'arrêter sa molécule. C'est donc le patient qui directement ou indirectement est à l'origine du processus chez le prestataire.

Médecin généraliste 3

« Oui en fonction de la situation du patient, je vais parfois plus accélérer et plus insister. Par exemple, quand il y a des confusions, quand il y a des risques de chute, quand il y a quelque chose d'aigu qui fait que ça devient quand même vraiment important de l'arrêter. Alors là, je vais quand même être plus actrice dans l'arrêt et parfois aller jusqu'à diminuer progressivement et imposer un peu l'arrêt chez certains patients. »

La deuxième est l'approche proactive où le professionnel profite d'une nouvelle relation thérapeutique ou d'un renouvellement d'ordonnance et analyse le contexte de vie, et questionne l'utilité de la molécule. Le pharmacien utilise parfois son profil de « pharmacien de référence » pour motiver la démarche.

- Facilitateurs à cette pratique

Un premier élément est la clarté du discours initial lors de la première prescription et délivrance d'une BZD à un patient. En d'autres termes, cette déprescription commencerait dès la prescription, car la date de fin serait annoncée d'entrée de jeu. Un autre élément majeur est le discours cohérent et complémentaire du médecin généraliste et du pharmacien auprès de la PA consommatrice. Si le pharmacien aborde à lui seul la déprescription, son discours lui semble vain. Concernant la méthode pour déprescrire, les pharmaciens préfèrent avoir accès à un outil pour initier le dialogue, tel une brochure à donner au patient et proposer un schéma de diminution précis. Certains d'entre eux ignorent que des outils sont déjà disponibles alors que d'autres les utilisent couramment.

Pharmacien 5

« On a les schémas de déprescription qu'on peut leur passer pour qu'ils en parlent au médecin, on a des petits fascicules du SPF santé publique sur les problèmes de sommeil et d'anxiété et donc on en parle directement. »

Certains facteurs exclusifs au généraliste semblent faciliter la déprescription. Il s'agit du fait de dégager du temps en consultation pour cette pratique, d'avoir une meilleure confidentialité au cabinet qu'en pharmacie et aussi de faire partie de la jeune génération de médecins mieux sensibilisée à ce concept.

À contrario, certains facilitateurs relevés par les prestataires sont propres uniquement au pharmacien tels que sa relation plus saine avec le patient (pharmacien délivreur et non prescripteur) et sa plus grande accessibilité pour les patients par rapport au médecin.

Médecin généraliste 4

« Je pense vraiment que les pharmaciens sont sensibles et je dirais qu'ils ont peut-être plus facile, car ce n'est pas eux qui ont fait la prescription, de mettre les gens en garde. Nous sommes plus facilement complices du patient que le pharmacien qui, ce n'est pas lui qui a prescrit, il peut plus facilement prendre la distance que nous par rapport à ça. »

Et enfin, une collaboration adéquate entre prestataires a été rapportée comme un facilitateur potentiel de la déprescription. Tous les deux aspirent au même but : offrir les meilleurs soins aux patients. Ces échanges permettraient par exemple que le médecin donne un feu vert clair au pharmacien pour entamer une déprescription avec un patient. Cette nécessité d'avoir l'accord du médecin semble primordiale aux pharmaciens. Les prestataires s'accordent sur le fait qu'un financement de la déprescription stimulerait le plus grand nombre.

Médecin généraliste 4

« C'est du temps gagné pas seulement parce que on est beaucoup plus efficace dans la collaboration que quand on est seul. C'est aussi du temps gagné car on se rend compte que tout seul on n'y arrive pas. Le temps de collaboration est du temps qui permet d'arriver à un résultat qu'on n'obtient pas seul. (...) Que la collaboration médecin pharmacien est la situation privilégiée pour trouver une solution à cela. »

Pharmacien 5

« Et donc c'est vrai que d'avoir déjà une information "ok pour la déprescription de ce patient-là", ça serait vraiment une aide. A chaque fois que le médecin prescrit un pop-up qui arrive, "est-ce les conditions nécessaires pour motiver une déprescription? oui/non"(...) Je pense si chaque fois que le médecin prescrit, qu'il dit chaque fois "ok/pas ok pour déprescription", ça permettrait, le pharmacien aurait plus d'initiatives. (...) Et donc je pense qu'en officine avec les outils informatiques, ça serait vraiment une aide précieuse d'avoir ce pop-up qui nous dit gentiment "déprescription possible" et de pouvoir du coup agir vraiment librement. »

- Freins à la déprescription

Il y a d'abord toute une série de freins qui sont prévisibles, en regard des facilitateurs cités plus haut : l'incompréhension du patient sur la ponctualité de la prescription, le manque de temps systématiquement cité par les prestataires, l'absence de procédure préétablie, la problématique financière (rémunération des pharmaciens à la vente de leurs produits, prix élevé des magistrales), l'inconfort du médecin à déprescrire et enfin l'ancienne génération de médecins qui semble moins sensibilisée et réactive à cette problématique.

Des éléments s'y ajoutent. Tout d'abord, le médecin est ralenti dans ce processus parce qu'il estime ne pas être suffisamment formé quant à la manière de réaliser la diminution. Il est également freiné par sa routine de prescription. Une pratique médicale qui fait écho à cette routine est le concept de bons de renouvellement :

Pharmacien 6

« Zolpidem à renouveler sur 1 an, j'ai déjà vu aussi. Et donc j'ai 12 bons dans l'ordinateur et les gens viennent quand ils veulent chercher leurs boîtes durant 1 an. Et on a des bons qui arrivent à foison dans notre machine à ticket et ça fait des ordonnances et ils les gardent dans leur portefeuille et reviennent quand ils veulent, nous on surveille un peu. Et le médecin : « Voilà tu ne reviens pas avant l'année prochaine, tranquillou ». »

Ensuite, les caractéristiques organisationnelles de la pharmacie peuvent réellement ralentir le processus de déprescription. Il s'agit de la multiplicité des pharmaciens au sein d'une même pharmacie, de la présence d'assistants en pharmacie pour servir les patients, de l'organisation non intimiste de la pharmacie et des nouvelles grandes pharmacies où la prise en charge individualisée ne semble plus possible. Il y a également une appréhension du pharmacien à contacter le médecin pour proposer une déprescription. Une pharmacienne juge même cet acte irrespectueux vis-à-vis du médecin. Enfin, le nonaccès des logiciels pharmaceutiques aux antécédents du patient freine considérablement les pharmaciens à initier le dialogue avec le patient.

Médecin généraliste 5

« Maintenant le souci, c'est qu'on voit quand même apparaître de grandes pharmacies, on est plus dans la situation du pharmacien avec sa petite officine, qui connaît bien ses patients, etc. Malheureusement, ici, il y a de plus en plus de grandes pharmacies au sein de groupes où les personnes au comptoir ne sont pas toujours des pharmaciens. (...) Il y a une dépersonnalisation et c'est dommage parce que du coup ces "gens de comptoirs" sont qualifiées pour entreprendre une discussion avec le patient ? Je me pose la question. »

Pharmacien 6

« Ce qu'il y a je trouve, c'est que faire ça c'est vraiment prendre des médecins pour des cons. Parce que je suis désolée, mais si avec vos connaissances vous ne savez pas qu'une BZD chez une personne âgée à tel dosage... Je suis sûre qu'ils seraient outrés de voir apparaître ça sur leur ordinateur. Ils se demanderaient vraiment pour qui je me prends, et donc non j'ai pas envie de le faire si c'est pour détériorer les relations qui ne sont pas toujours faciles donc non je pense pas que moi j'enverrai un Pop-up. »

Enfin, les PA amènent aussi une série de freins repris dans le point suivant.

- Perceptions sur les patients âgés consommateurs de ces molécules

Tout d'abord, les prestataires les considèrent comme mal informés sur les conséquences délétères de ces médicaments sur le long terme et peu conscients de leur consommation. Ensuite, les prestataires leur anticipent des réactions négatives à la proposition d'une déprescription comme un énervement, du « shopping médical » et un changement de pharmacien ou un sentiment d'abandon. De plus, ils sont perçus comme consommateurs de longue durée et attachés à leurs molécules. Tout cela rendrait la tâche des soignants particulièrement complexe et les rechutes fréquentes. Enfin, ils considéreraient moins bien leur pharmacien et seraient moins ouverts à discuter avec eux d'un potentiel arrêt.

Médecin généraliste 4

« Quelque part, les gens ont l'impression que si on va dans la déprescription, on les abandonne. Et donc il y a un peu le sentiment d'abandon qu'un généraliste n'aime jamais. Et que donc si on voit que les gens y sont tellement accrochés que ne pas leur prescrire, c'est les abandonner, on a plus difficile. »

- Attitude globale et conséquences de la déprescription

Pour clôturer cette première partie, la déprescription est vécue comme une difficulté et est avouée comme sous-pratiquée par les prestataires alors qu'une minorité rapporte aimer cette pratique. Bien sûr, elle permet au patient de s'autonomiser de tout produit et, malgré la surcharge de travail qu'elle crée, elle offre une certaine fierté aux prestataires. Cependant, elle engendre aussi des conséquences négatives comme une détérioration possible de la relation entre prestataires qui amène à un certain inconfort à déprescrire. Elle peut culpabiliser le médecin et être traumatisante pour les patients si réalisée de façon brutale.

Deuxième partie : Rôles respectifs des prestataires

- Rôles du pharmacien dans la déprescription des benzodiazépines et z-drugs
 - Rôles propres perçus par les pharmaciens

En amont de la déprescription, les pharmaciens s'attribuent toute une série de rôles. Ils estiment notamment être des éducateurs pour la santé et être là pour déceler les causes des problèmes de sommeil des patients. Ils disent communiquer aussi des informations de qualité à la première délivrance de BZD et assurer le suivi thérapeutique à chaque nouvelle délivrance. De plus, les pharmaciens sont très souvent confrontés à des demandes d'avance de boîtes de BZD et z-drugs par les patients. Parfois en acceptant une avance, ils peuvent alors créer du lien avec le patient dépendant. Ils insistent aussi sur leurs rôles de contrôle et de mise en lumière du patient sur sa consommation.

Concernant l'initiation de la déprescription, il y a deux positions qui se dessinent ; soit c'est une démarche à aborder avec le patient, mais à ensuite réaliser uniquement sur l'accord du médecin (la plus reprise dans les interviews réalisées), soit c'est clairement hors de leurs fonctions de proposer une déprescription.

Pharmacien 4

« Nous on peut en parler, entamer la discussion, mais de dire qu'ils voient avec leur médecin si c'est opportun de le faire maintenant parce que ça on ne sait pas le savoir. (...) Alors moi j'ai déjà donné des schémas à des patients qui voulaient vraiment, mais comme je disais c'est toujours en accord avec le médecin. Parce qu'après si les médecins ne sont pas d'accord... Donc moi, je donne toutes les infos et je dis "voyez à votre prochain rendez-vous". »

Pharmacien 6

« Oui je trouve que nous on n'a pas ce rôle. Comme on ne prescrit pas, on ne déprescrit pas. (...) Mais on surveille et on met en place. Une fois que le médecin a lancé le feu vert, nous on fait en sorte que ça se passe dans les conditions demandées par le médecin, correctement. »

Cependant, étant donné que ces actions de déprescription ne sont que très peu reprises dans leurs pratiques quotidiennes, les pharmaciens y aspirent dans un rôle idéal. Une autonomie pour déprescrire avec schémas proposés par leurs soins, la proposition d'alternatives, une formation plus poussée aux troubles du sommeil, un contact pris plus facilement auprès du médecin sont des désirs cités.

Pharmacien 3

« Dans le meilleur des mondes non, ça pourrait être le rôle du pharmacien, mais ce n'est pas encore le rôle du pharmacien dans les mœurs. »

- Rôles attribués par les médecins au pharmacien

Le pharmacien n'est pas toujours perçu comme un acteur actuel ou potentiel de déprescription par les médecins. Les médecins ajoutent n'avoir ni été interpellés couramment par les pharmaciens à ce sujet, ni avoir eu de retour de patients.

Médecin généraliste 6

« Et à partir du moment où le patient est volontaire et parvient à diminuer, ça ne va peut-être pas dépendre du pharmacien. Mais on peut proposer une délivrance quotidienne ou hebdomadaire à la pharmacie pour suivre cela d'un peu plus près. Je ne sais pas si ça serait indispensable ou si ça changerait les choses. Comme je ne le fais pas spécialement, j'ai un peu du mal d'imaginer des choses comme ça. »

Concernant les rôles repris par les médecins, il y a une certaine concordance avec les rôles propres du pharmacien repris plus haut (sensibilisation, surveillance de la consommation et reflet au patient de celle-ci, proposition d'alternatives). À propos de la déprescription en tant que telle, les médecins attendent surtout un appui du pharmacien pour la préparation des magistrales, pour faire référence à leur discours et renvoyer le patient vers eux si une déprescription peut être envisagée. Ils n'attendent pas d'initiative réelle de celui-ci, mais souhaitent être prévenus si les patients surconsommant ou si de multiples prescripteurs délivrent des BZD. Quelques exceptions se disent d'accord que la déprescription se passe uniquement entre pharmacien et patient, mais à condition qu'elle se passe bien et dans le cas contraire, qu'ils en soient avertis.

Médecin généraliste 2

« Et j'attends de lui exclusivement qu'il soit un bon exécutant, pas uniquement exécutant bien sûr mais d'exécuter en donnant sens. (...) Je pense que le pharmacien a plus un rôle sur le principe de la diminution, sur l'aspect générique de la diminution. (...) C'est pour ça que je ne spécifierais pas trop le rôle du pharmacien par rapport à un patient donné sauf s'il est son pharmacien référent, là il y a plus que ça. »

Médecin généraliste 3

« Moi je pense que ça serait super. Que toute information redite par le pharmacien est bien, surtout que nous on ne prend pas toujours le temps d'en parler non plus. »

Malgré tout, quand les médecins sont interrogés sur le rôle du pharmacien dans la déprescription, beaucoup de thèmes sont formulés en termes de « ne pas », c'est-à-dire par des limitations d'activités, et ils souhaitent ne pas être mis à l'écart. Ils estiment que le pharmacien ne doit pas mettre l'impulsion pour diminuer la dose, ni la substituer par des produits parapharmaceutiques couteux, sans leur accord.

Médecin généraliste 5

« Je pense que ce qu'il faudrait c'est se parler et avant de parler au patient, le pharmacien devrait rentrer en contact avec le médecin généraliste "tiens est-ce que l'on ne devrait pas?". Parce que je n'accepterais pas qu'un pharmacien, à mon insu, parlerait de cette consommation de BZD que j'aurais prescrite, sans m'en avertir au préalable. (...) Je pense pas qu'il faut non plus, fin, c'est toujours le problème, le rôle du pharmacien, on commence tout doucement à lui mettre plein, plein de compétences, mais je pense que je n'irais pas jusqu'à donner au pharmacien le pouvoir d'une consultation BZD quoi, ça serait dommage. »

- Perceptions des médecins concernant le pharmacien

Au-delà de certaines perceptions positives (pharmacien attentif et réactif, vue d'ensemble sur les délivrances ou bonne connaissance des patients), les croyances que les médecins peuvent avoir sur leur confrère pharmacien sont plutôt négatives. A titre d'exemples, ils le voient parfois comme un commerçant et donc un simple exécutant qui n'est pas intéressé par la déprescription. Ils lui reprochent aussi d'avancer des BZD et de pas assez communiquer par souci de ne pas dégrader la relation avec eux et avec les patients. Corrélé à ces critiques de non-action, un médecin tient à rappeler au pharmacien son rôle essentiel.

Médecin généraliste 1

« Se rendre compte qu'ils ont un rôle tout aussi important que le nôtre. Moi personnellement, ça ne me dérange pas qu'on m'appelle ou alors on me laisse un message et je rappelle. Qu'on a des choses à apprendre d'eux aussi. Qu'ils croient peut-être qu'on en sait plus que ce qu'on en sait réellement. Qu'ils doivent savoir qu'ils ont des choses à nous apporter. »

- Rôles du médecin dans les déprescription des benzodiazépines et z-drugs
 - Rôles propres perçus par les médecins

En dehors des actions préventives, les médecins s'impliquent dans un premier temps en reflétant au patient sa consommation et en rebondissant sur les éventuelles préoccupations de l'entourage du patient. Ensuite, ils estiment avoir le pouvoir décisionnel sur le traitement et devoir instaurer eux-mêmes la déprescription, s'ils la jugent nécessaire. Ils sont conscients qu'ils ne déprescrivent pas assez et que certains médecins sont même insuffisamment informés sur cette problématique. Malgré les années de pratique, ils trouvent que la déprescription reste difficile, notamment parce que le patient fait barrière. Ils aimeraient enfin que les médecins spécialistes s'impliquent eux aussi dans la déprescription.

Médecin généraliste 3

« Je pense que c'est la personne principale pour la déprescription de BZD, c'est le médecin généraliste. »

Médecin généraliste 5

« Le médecin aura toujours le dernier mot je pense quand même dans la discussion? »

Médecin généraliste 4

« Je pense que tous les généralistes essaient de déprescrire, mais que certains généralistes ont cette même difficulté de déprescrire chez un patient qui utilise trop de BZD, mais manifestement n'a pas l'impression qu'il saurait faire autrement que ça. »

Dans l'idéal, le médecin estime devoir prendre plus de temps pour déprescrire en proposant par exemple systématiquement une déprescription à chaque renouvellement. Il souhaiterait être plus ouvert à la discussion avec le pharmacien en organisant notamment des GLEM.

Médecin généraliste 4

« La première chose, c'est de collaborer plus avec le pharmacien parce qu'alors on a un allié en déprescription. La deuxième chose c'est d'en parler peut-être plus. On a quand même des lieux de rencontre obligés, par exemple les GLEM. (...) Et prendre le temps nécessaire à montrer que finalement, ce n'est pas leur rendre service que de continuer à prescrire autant de BZD. »

- Rôles attribués par les pharmaciens au médecin

Les pharmaciens attendent du médecin qu'il limite la prescription des BZD et z-drugs dans le temps, qu'il dédie une consultation exclusivement à leur déprescription avec proposition d'alternatives et évaluation préalable de l'efficacité de ces substances. Concernant l'initiation de la diminution, les pharmaciens réinsistent sur la nécessité d'avoir l'accord du médecin et le nomment « responsable » de cette déprescription.

Pharmacien 5

« À partir du moment où c'est lui qui prescrit, moi j'estime qu'il est quelque part responsable de ce qu'il prescrit. »

Pharmacien 3

« Mais voilà on peut très bien faire le schéma, le transmettre au médecin et lui le valide ou pas en fait. (...) Je pense qu'à partir du moment où on a l'aval du médecin, on peut continuer seul. Mais il faut d'abord que le médecin nous fasse confiance, qu'il nous dise ok et après on peut accompagner le patient. »

- Perceptions des pharmaciens concernant le médecin

Les pharmaciens ont un ressenti plutôt négatif des médecins qu'ils estiment ayant peu d'intérêt pour la déprescription, prescrivant trop et trop vite des BZD, surtout dans l'ancienne génération, et donnant trop peu d'informations au patient à la première prescription. Certains pharmaciens ont l'impression que les généralistes n'apprécient guère qu'ils initient eux-mêmes la déprescription.

Pharmacien 3

« Sa place actuelle... je pense qu'il y a du boulot dans la déprescription et dans la prescription déjà à la base puisqu'on en délivre quand même, c'est la folie ce que l'on délivre par journée en hypnotique. C'est quand même énorme. En Belgique, on est dans les plus gros consommateurs. (...) Moi je ressens plus une habitude de prescription en fait »

Pharmacien 5

« Certains généralistes prennent vraiment le temps d'expliquer, d'essayer de voir si le patient est prêt à déprescrire. Mais je pense que peu prennent le temps. (...) Et en appelant le médecin généraliste, "mais je ne comprends pas, je l'ai vue... elle vient de sortir de chez moi et elle était pas prête à déprescrire" et c'est vraiment une incompréhension de la part du médecin et même c'est limite si on ne se fait pas un peu engueulé, c'est comme si on marchait sur des plates-bandes. (...) Mais ça parfois c'est pas encore accepté par le médecin et ça alors il va mettre la faute sur le pharmacien en disant que le pharmacien a outrepassé sa fonction. »

L'image que renvoient certains médecins au pharmacien peut être dévalorisante. Le pharmacien a souvent l'impression que le médecin se dit qu'il n'a pas besoin de lui, que de toute façon il n'y connaît pas grand-chose et qu'il n'a qu'à délivrer ce qu'il ordonne. Certains pharmaciens sont plus tempérés dans leurs propos :

Pharmacien 2

« Nous, ils sont assez réceptifs et valorisent notre rôle. Et je pense pas qu'ils soient dénigrants du pharmacien devant le patient en disant il va juste vous donner la boîte et vous y aller vite. Et il y a ceux qui ont pas envie de ... qui savent mieux que nous ce qu'il faut faire, qui ne voient pas la valeur ajoutée du pharmacien. »

Troisième partie : Partenariat actuel entre généralistes et pharmaciens d'officine concernant la déprescription des benzodiazépines et z-drugs

- Fréquence et qualité de la collaboration actuelle

Les échanges entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine sont peu fréquents de façon générale. La qualité de la collaboration est fortement influencée par la relation entre les deux prestataires, mais elle est qualifiée de « bonne » la plupart du temps. L'interdisciplinarité va jusqu'à être inexistante lorsque l'intérêt se porte spécifiquement sur la déprescription des BZD et z-drugs.

Pharmacien 3

« Justement, je pense qu'un pharmacien clinicien hospitalier à une belle collaboration et nous pas encore. »

Médecin généraliste 3

« Moi je trouve qu'on devrait plus communiquer. J'ai pas de souci à prendre mon téléphone, je trouve que l'échange est intéressant et qu'il n'y en a pas du tout assez. »

- Motifs de collaboration actuelle

Bien sûr, il y a des situations pour lesquelles le pharmacien contacte le médecin sans hésiter : une interaction médicamenteuse, un médicament manquant, une incohérence de posologie dans la prescription, une prescription électronique qui ne s'affiche pas et bien sûr les demandes d'avance d'une boîte de BZD ou z-drugs par les patients. Les dépendances sont aussi une occasion de rentrer en contact. Par contre, les situations où l'impulsion vient du médecin généraliste sont nettement moins nombreuses au sein des interviews. Rarement, il lui arrive par exemple d'appeler le pharmacien pour s'informer sur la consommation d'un patient. Les GLEM sont cités comme étant une bonne occasion pour apprendre à travailler ensemble.

Médecin généraliste 4

« Les BZD et interactions sont deux occasions, deux facteurs de collaboration. »

- Moyens de communication actuels

Le pharmacien passe souvent par le patient pour communiquer indirectement avec le médecin en lui demandant de faire part de la discussion à la prochaine consultation. Il essaie aussi de trouver le canal adapté aux préférences de chaque médecin (mail, WhatsApp, Gsm, etc) mais c'est bien le téléphone fixe qui reste le moyen de communication le plus courant réciproquement. Ces appels téléphoniques permettent des contacts brefs et efficaces avec une réponse immédiate à la question posée. Lorsque les pharmaciens ont besoin d'une information,

ils vont en général préparer soigneusement leur appel pour avoir un discours efficace afin de ne pas déranger trop longtemps le médecin.

- Éléments freinant la collaboration

Tout d'abord, les prestataires exposent le fait qu'il y a un trop grand nombre de canaux de communication, au point de s'y perdre. Et même au sein d'un canal tel que le logiciel informatique, il faut encore une compatibilité avec celui du partenaire potentiel.

Ensuite, cette collaboration n'est pas stimulée par les autorités, car elle n'est pas obligatoire et que c'est du temps non rémunéré. Elle doit donc se faire uniquement sur motivation des prestataires. D'ailleurs, cette motivation est parfois refoulée chez le médecin qui culpabilise d'avoir prescrit trop de BZD et Z-drugs par le passé. Il en arrive à se sentir jugé par le pharmacien qui proposerait une déprescription à un patient. Pour le pharmacien, le refoulement peut venir d'une crainte de déranger le médecin. De part et d'autre, la méconnaissance de l'autre prestataire freine la prise de contact et la multiplicité des pharmaciens au sein d'une même officine complique encore les choses. Cependant, l'obstacle principal bilatéral semble être le manque de temps. Enfin, l'interdisciplinarité médecin-pharmacien d'officine ne serait possible qu'au bénéfice des patients âgés suffisamment valides pour se rendre à l'officine.

Médecin généraliste 5

« C'est à dire que le souci c'est accepter la critique. Je le prendrai plus comme une remarque vis à vis de ma qualité de soin, je ne sais pas si je me fais bien comprendre. Parce que voilà, je ne voudrai pas que mon patient me dise "ah mais vous savez, mon pharmacien trouve que je consomme, fin critique vos prescriptions." (...) Ce n'est pas toujours facile car on a l'impression que on va être jugés un petit peu. On n'a pas toujours facile avec les patients et que du coup oui... ça peut parfois mettre mal à l'aise donc voilà. »

Objectif 4 : Partenariat envisageable et perspectives d'amélioration

- Partenariat envisageable pour la déprescription des benzodiazépines et z-drugs

Bilatéralement, les prestataires sont demandeurs de plus d'échanges, ce qui permettrait notamment de valoriser le rôle du pharmacien d'officine. Ils précisent vouloir une prise de contact plus aisée. Premièrement, sur le fond par exemple les pharmaciens aimeraient pouvoir contacter les médecins sans crainte et sans à priori. Deuxièmement, sur la forme, ils aimeraient une démarche plus systématisée pour faciliter la déprescription interdisciplinaire.

Tout d'abord, le généraliste propose d'informer plus systématiquement le pharmacien par téléphone lorsqu'il démarre une déprescription avec un patient. Un généraliste dit que la communication directe lors d'un passage à la pharmacie n'est pas très facile, car il y a souvent d'autres patients dans la pharmacie, ce qui complique les échanges et l'anonymat. Les mails non plus ne semblent vraiment pas plaire aux prestataires pour ce genre de motif.

Ensuite, via l'ordonnance électronique, le médecin serait prêt à informer le pharmacien qu'une déprescription est engagée. Ce support est proposé également pour qu'il puisse suggérer au pharmacien de proposer lui-même la déprescription au patient. Un système de Pop-up via le logiciel est aussi recommandé pour que le pharmacien puisse communiquer facilement des informations au médecin telles le fait qu'une sensibilisation a été faite pour un patient à l'officine.

Médecin généraliste 2

« C'est vrai que l'idée me semble bonne, que devant le patient, de téléphoner au pharmacien en disant « voilà, on a décidé avec Mr/Mme de commencer une déprescription, nous voulions vous tenir au courant, voilà la façon dont je propose au patient que cela se passe, il reviendra chez moi d'ici 3 semaines ou bien j'aurai un contact téléphonique au minimum d'ici 3 semaines. N'hésitez pas à me contacter lorsque le patient est chez vous s'il y a une quelconque question ».

Un généraliste souligne que pour lui cette démarche doit tout de même se faire au cas par cas, si le patient est demandeur. Un autre précise que pour que cela aboutisse, il faut que le pharmacien en face soit sensibilisé à la problématique des BZD. Ces initiatives sont pourtant globalement attendues des pharmaciens qui en profiteraient alors pour rebondir sur le sujet avec le patient, se montrer disponibles pour répondre à ses éventuelles questions et être un soutien supplémentaire.

Médecin généraliste 6

« Ça dépend du patient. Ça dépend des circonstances. C'est au cas par cas avec le patient et sa façon de voir les choses. Je me vois écrire "schéma dégressif envisagé" pour que le pharmacien puisse rebondir dessus et insister et valoriser la nouvelle posologie, mais voilà il faut que le patient soit évidemment collaborateur et demandeur. »

Pharmacien 5

« Avec les ordonnances électroniques par exemple de mettre "vous pouvez motiver la personne à la déprescription" comme ça on sait qu'au niveau du dossier médical c'est ok et donc on peut faire un travail simultané. »

- Perspectives d'amélioration

Une série d'éléments facilitants la collaboration sont proposés par les prestataires. D'une part, certains aspirent de la part des autorités de la santé à plus d'initiatives sous forme d'un financement, de la mise à disposition d'une plateforme informatique d'échanges sécurisée entre prestataires ou l'intégration des actes de collaboration dans les points d'accréditations. Un médecin précise qu'il n'apprécierait pas qu'un financement concerne uniquement la collaboration dans le cadre de la déprescription des BZD spécifiquement, car ça rendrait le médecin coupable de cette problématique. Les pharmaciens eux sont mitigés sur un financement sur le schéma « BUM » utilisé actuellement, car il est lourd administrativement et exige de demander une signature au patient afin d'être payé. Une autre proposition est de stimuler d'avantage les médecins et pharmaciens en formation à l'intérêt de leur collaboration dans leurs pratiques futures.

Médecin généraliste 4

« Maintenant qu'elle intervienne financièrement pour aider bien sûr. Ça serait une très bonne chose. (...) Je le verrai plus large que ça car c'est de nouveau rendre le patient et éventuellement le médecin coupable dans la mesure où...(...) Faciliter la collaboration médecin pharmacien, mais pas le limiter aux BZD en tous les cas. Le limiter aux BZD c'est même un peu pervers, je trouve. »

D'autre part, les pharmaciens et médecins rapportent que pour que la collaboration se fasse, il faut avant tout une volonté réciproque. Un généraliste en fin de carrière insiste sur le changement de mentalité très positif de la part des médecins généralistes à l'égard des pharmaciens ces dernières années. Ces derniers ressentent bien cette nouvelle considération de la part de la jeune génération. La volonté de collaborer peut s'illustrer simplement en allant se présenter aux pharmacies des environs en début de carrière et inversement, mais aussi se rendre joignable par téléphone pour des contacts potentiels.

Médecin généraliste 4

« Moi j'ai encore connu "comme un concurrent", "comme s'il voulait jouer au médecin", même à la société scientifique, en mode "on doit réagir parce que le pharmacien pense qu'il va devenir lui aussi médecin". Tout cela est occupé de changer très positivement. On a travaillé cela d'ailleurs de manière efficace et performante, car ce n'est plus comme ça aujourd'hui je crois. Il y a peut-être encore des médecins qui ont, on entend encore, on a vu avec le Covid, "il ne faut pas faire croire au pharmacien qu'il est devenu médecin". J'ai vraiment vécu la transition, j'ai vraiment connu dans les syndicats, mais même à la SSMG, des courants qui disaient "il faut qu'on se défende contre le pharmacien qui vient donner son avis trop sur les prescriptions par exemple". Ça, c'est vraiment un acquis de changement important. Je peux témoigner, vu mon âge, que les choses ont fort changé. »

- Place du patient

Pour clôturer les résultats, il faut préciser que la plupart des prestataires rapportent qu'intégrer le patient à la discussion entre professionnels soit en téléphonant à l'autre prestataire devant le patient, soit en demandant son accord pour le faire est primordial. Beaucoup soulignent que le patient est acteur de sa propre santé, qu'il décide pour lui-même et que c'est important d'en faire un partenaire dans la déprescription. Cette vision n'est cependant pas partagée par tous les prestataires, un médecin attendant du patient qu'il se conforme à la lettre à ce qu'il décide. Afin de rendre le patient acteur de sa prise en charge, les prestataires estiment que la première étape est qu'il prenne conscience de sa consommation. Cela doit être guidé par son pharmacien et son médecin. Les étapes suivantes seraient de motiver le patient à diminuer sa consommation et d'obtenir son accord pour déprescrire. Lorsque ces étapes font défaut ou que les échecs se multiplient, les médecins et pharmaciens proposent éventuellement un système de surveillance de consommation avec des délivrances journalières ou hebdomadaires.

Pharmacien 1

« C'est pas médecin-pharmacien et le patient qui avale sans rien dire, il faut vraiment le considérer comme un triangle. (...) Je pense que tant que le patient en tant que tel n'est pas convaincu, on peut collaborer autant qu'on veut médecins-pharmaciens, ça ne marchera pas. »

Médecin généraliste 2

« Parce que je pense que se connaître, c'est comme dans toutes les addictions. C'est se connaître consommateur. C'est pour la cigarette, savoir combien/comment/quand/pourquoi ? C'est également pour la boisson, savoir combien/comment/quand/pourquoi ? Dans quelles circonstances on fume ou on ne fume pas ou on a plus besoin, on a moins besoin ? »

9. Discussion

I. Discussion des résultats

Tout d'abord, l'intérêt même de ce sujet est objectivable dès le premier entretien. En effet, au sein de chacune des interviews auprès des pharmaciens et médecins, il y a ces deux constatations unanimes : il y a des nettes améliorations à fournir en termes de déprescription de BZD et z-drugs et en terme de collaboration entre médecin généraliste et pharmacien. Les personnes interrogées rapportent que ces deux concepts sont sous-pratiqués. Elles expriment pourtant spontanément leurs convictions sur l'intérêt de ceux-ci. Elles rappellent, à l'image de l'article (11) décrit dans l'introduction, que la qualité de la collaboration dépend de la relation initiale entre les deux prestataires. D'ailleurs, elles insistent régulièrement sur l'importance d'un discours cohérent et complémentaire entre prestataires auprès de la PA consommatrice chronique de BZD et Z-drugs. Ce point est surtout important pour le pharmacien qui ne se sent pas toujours bien considéré par le patient et qui souhaite le renfort du médecin dans sa démarche. Mais sans collaboration, cela n'est à priori pas envisageable. Il est donc pertinent de se pencher d'abord sur le « pourquoi » d'une déprescription insuffisante et d'un manque de collaboration entre ces deux prestataires de soin.

Il y a une multitude d'éléments freinant ces approches dans les interviews qui sont similaires à ceux décrits dans l'étude (8) citée dans l'introduction. Concernant les médecins, ils expriment notamment une plus grande facilité à la prescription qu'à la déprescription, car entamer une diminution c'est devoir assumer toutes les prescriptions inappropriées antérieures, ce qui les fait culpabiliser. Concernant les pharmaciens, ils décrivent régulièrement cette peur de contacter le médecin, car ils ne se sentent pas toujours bien considérés par celui-ci et ne veulent pas le déranger. Pour les BZD et Z-drugs, cette appréhension augmente encore car ils doivent alors confronter le médecin à ses habitudes de prescription. Au-delà de cette peur, les motifs actuels de contact sont pourtant presque exclusivement motivés par les pharmaciens, mais ne semblent pas être des réels actes de collaboration. Il s'agit plutôt de motifs informatifs (médicaments manquants, prescription erronée, etc.) Ils ajoutent aussi ne pas bénéficier d'un accès aux antécédents médicaux des patients, et donc ne pas connaître l'indication initiale de la molécule à délivrer. Une problématique supplémentaire, qui est également citée dans l'étude « *Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study* » ⁽³⁰⁾, est la multitude de canaux de communication possible sans réelle

procédure commune pour faciliter les échanges. En analysant tous les freins cités, il s'avère qu'ils tiennent plutôt à des points de vue personnels. En effet, certains professionnels citent spontanément de nombreuses facilités disponibles ou à envisager pour contrer les freins émis par d'autres. Le tableau ci-dessous met quelques éléments cités dans les interviews en regard concernant la déprescription:

Éléments freinant la déprescription	Éléments facilitant la déprescription
Pas de procédure préétablie pour déprescrire	Outils disponibles pour déprescrire
Manque de temps	Prendre le temps en consultation
Pharmaciens rémunérés à la vente	Rémunération possible de la déprescription
Ancienne génération de médecins	Jeune génération de médecins
Inconfort du médecin prescripteur à déprescrire	Rôle plus favorable du pharmacien délivreur pour déprescrire

Tableau 3 : Mise en regard des freins et facilitateurs à la déprescription

De ce « pourquoi » a donc déjà découlé une partie du « comment » mais ne brulons pas les étapes. En effet, il ne faut pas omettre le patient dans le ralentissement à la déprescription. Le PA consommateur chronique d'un ou plusieurs hypnotiques ou anxiolytiques est décrit pas les prestataires comme peu conscient de sa consommation, très attaché à sa (ses) molécule(s) et ne comprenant la ponctualité de la prescription initiale. Pour ces points, ne serait-ce justement pas le rôle du médecin de prescrire adéquatement ou d'informer suffisamment son patient? Ne serait-ce pas le rôle du pharmacien de s'assurer que le patient a bien compris l'indication posée par le médecin au moment de la délivrance ou de lui refléter sa consommation? Les médecins et pharmaciens sont pourtant d'accord sur le fait qu'ils ont chacun un rôle à jouer pour diminuer la quantité de BZD et Z-drugs prescrites et améliorer la clarté du discours à la première délivrance d'une BZD à une personne âgée. Cette nécessité de commencer la déprescription dès la première prescription est un concept clé repris régulièrement dans la littérature comme exposé dans *l'Annexe B.I*. Tout cela semble faisable avec l'appui, encore une fois, d'une bonne collaboration entre les deux professionnels comme illustré par le schéma 1 ci-contre.

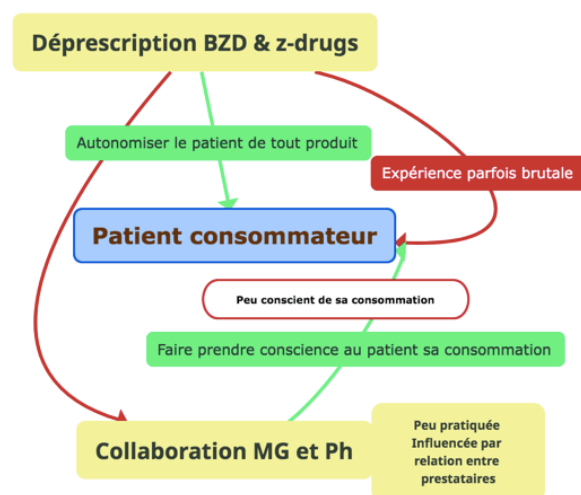


Schéma 1

En abordant les rôles qu'ils s'attribuent personnellement et qu'ils imaginent pour l'autre prestataire, une certaine adéquation est observable. Le pharmacien estime ne pas être le responsable de cette déprescription, car n'étant pas à l'origine de la consommation du patient. Par contre, il souhaite tout de même avoir un rôle dans la déprescription, mais en ne s'engageant qu'après avoir reçu un accord préalable ou une demande du médecin. Le médecin, de son côté, souhaite que le pharmacien s'implique davantage, mais ne semble pas vouloir pour autant qu'il prenne des initiatives dans son dos. D'ailleurs, il estime aussi que c'est à lui-même d'initier la déprescription, mais désire l'appui du pharmacien dans cette démarche. Cette volonté du médecin d'avoir l'aide du pharmacien fait écho à plusieurs études qualitatives¹². Ils s'accordent tous les deux sur le fait que le généraliste prescrit encore trop de BZD et ne les déprescrit pas assez.

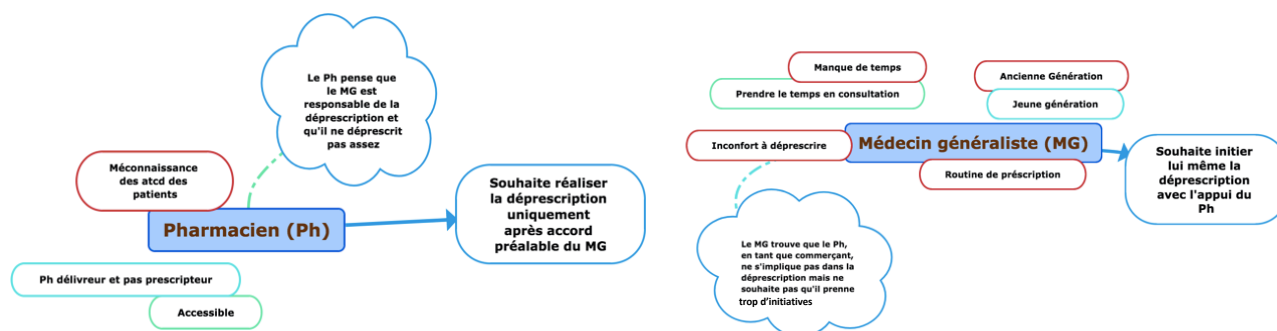


Schéma 2

On arrive naturellement à imaginer une solution pour une déprescription qui se passe de façon plus fluide et convienne à tous les partis. Il faudrait que le médecin puisse communiquer plus adéquatement avec le pharmacien afin de lui fournir un « feu vert pour déprescrire ». Soit le pharmacien souhaite lancer une déprescription chez un patient et attend du médecin son accord. Soit le médecin entame la discussion avec le patient et avertit le pharmacien pour que celui-ci puisse encadrer la diminution. Cette démarche n'est envisageable que s'il y a une volonté affirmée et réciproque de déprescrire et de travailler ensemble dans ce sens. Cela permettrait potentiellement de lever la peur du pharmacien d'agir contre la volonté du médecin ou encore de le vexer. La déprescription ne serait alors plus un sujet pouvant détériorer la relation.

¹² Dont certaines décrites dans l'Annexe B II. (11) (31)

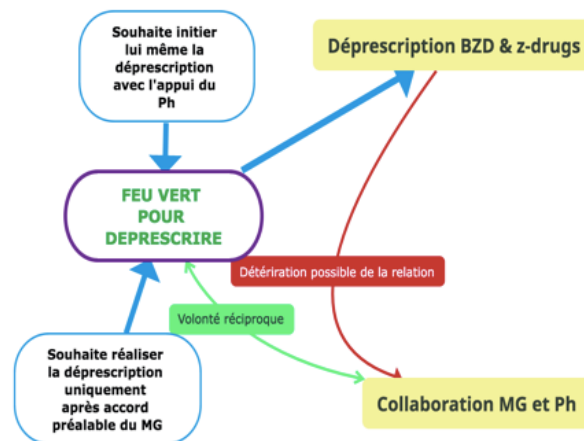


Schéma 3

Il est maintenant temps de répondre à notre question de recherche :

« La déprescription des benzodiazépines et Z-drugs chez les personnes âgées à domicile : comment améliorer la collaboration entre médecin généraliste et pharmacien ? » .

La volonté réciproque semble être l'élément clé. Il faudrait donc, d'une part, le pharmacien se montre intéressé par la déprescription, surmonte ses craintes d'appeler le médecin et lui propose de diminuer une molécule chez un patient s'il le trouve justifié. D'autre part, le médecin devrait clairement majorer ses tentatives de diminuer ces molécules chez les PA en étant proactif et en répétant ses essais à chaque renouvellement sans attendre les complications. Il pourrait aussi proposer un schéma dégressif bien clair au patient plutôt que de juste lui suggérer une diminution. De plus, il est peut-être temps que le médecin intègre davantage le pharmacien à sa démarche en lui téléphonant, sur l'accord du patient en consultation. De façon générale, il peut aussi ouvrir le dialogue avec son collègue pharmacien en allant se présenter à l'officine. Ce dernier élément est d'autant plus important que beaucoup de pharmaciens sont convaincus que les médecins ne trouvent pas d'intérêt à cette interdisciplinarité. D'ailleurs, des messages délivrés par certains médecins et les syndicats entretiennent et confirment encore ces croyances. Les interviews en sont le premier exemple: Une des médecins interrogés décrivait le pharmacien comme un « bon exécutant » alors qu'une autre ne lui trouvait pas de rôle spécifique dans la déprescription hormis l'encadrement de délivrances fractionnées. Un autre exemple est un article ⁽²¹⁾ publié par l' ABSyM (Association belge des syndicats médicaux) en février 2022 a été écrit en réaction au rôle attribué aux pharmaciens pour vacciner les patients du Coronavirus afin de soulager les médecins généralistes. Il dit : *«L'enquête Pharma-Sphere est cependant l'occasion pour l'ABSyM de rappeler une fois de plus l'inutilité et les risques de la vaccination par les pharmaciens. Comme le soulignent d'ailleurs certains pharmaciens dans la revue, cela met en péril la sécurité des patients et envenime les relations avec les médecins*

généralistes. Par ailleurs, ce n'est pas en confiant la vaccination aux pharmaciens que l'on résoudra le problème de pénurie de généralistes dans certaines régions. Cela ne peut se faire qu'en revalorisant la profession de médecin généraliste. Le transfert d'actes médicaux à d'autres prestataires de soins de santé va à l'encontre de ce principe. » De façon générale, le changement de mentalité décrit dans une des interviews doit donc encore faire du chemin pour bon nombre de généralistes concernant, d'abord un souhait réel d'interdisciplinarité ou encore un partage éventuel des compétences avec le pharmacien. Il semble donc primordial que la jeune génération de généralistes aille vers le pharmacien si elle veut lui affirmer sa volonté de travailler ensemble et renverser la tendance.

Pour ce qui est de la méthode de communication idéale, il n'y a pas de consensus clair actuellement. Cela pose problème à certains pharmaciens et fait écho à une étude qualitative de 2015 ⁽³⁰⁾ réalisée en Allemagne ¹³. Le téléphone semble être la norme ici aussi actuellement. Cependant, avec la numérisation des activités médicales et pharmaceutiques, certains prestataires imaginent des solutions au sein des logiciels. Le pharmacien a l'habitude d'avoir différents Pop-up qui surgissent lorsqu'il ouvre le dossier d'un patient pour rappeler la vaccination de la grippe, par exemple, ou encore une interaction potentielle lorsqu'un nouveau traitement est encodé. C'est donc assez naturellement que, au sein des interviews, certains proposent qu'il y ait des Pop-up présentés automatiquement au médecins généraliste lorsqu'il prescrit une BZD afin d'avoir son avis sur une potentielle déprescription et que cette information soit transmise directement au pharmacien. Quelques pharmaciens aimeraient pouvoir communiquer avec le médecin à l'aide de ces Pop-up, pour l'avertir qu'une déprescription a été motivée auprès d'un patient. L'un d'entre eux soulevait la non-compatibilité des différents logiciels entre eux rendant cette possibilité inenvisageable, en pratique actuellement. Les généralistes et pharmaciens pensent aussi utiliser comme support de communication les ordonnances électroniques, en sachant que cet échange est uniquement unilatéral du médecin vers le pharmacien aujourd'hui et ne répond donc pas tout à fait à l'objectif de communication bilatérale. Une autre solution envisagée était la création d'une plateforme sécurisée d'échanges entre prestataires, mais cela augmenterait encore les canaux de communication possible alors que cette abondance est souvent critiquée par les prestataires dans les interviews et dans la littérature ⁽⁸⁾.

¹³ Décrite en Annexe B II

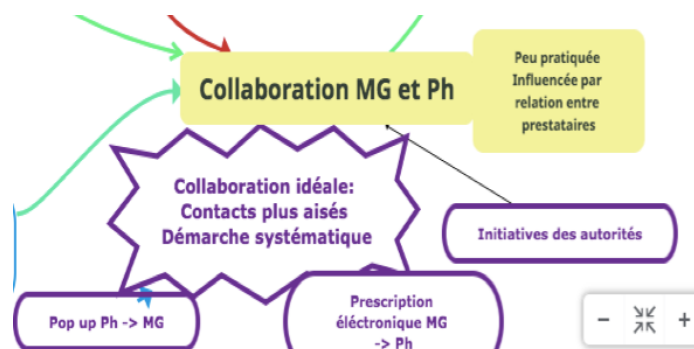


Schéma 4

Un dernier élément majeur souvent cité qui faciliterait cette collaboration est une majoration des initiatives par les autorités de santé et les universités. Les professionnels proposent d'organiser davantage les rencontres sous forme de GLEM et que celles-ci soient systématiquement accréditées, voire même obligatoires. Les facultés de médecine et de pharmacie pourraient également stimuler les échanges dès la formation pour faire prendre conscience aux jeunes générations de l'intérêt de l'interdisciplinarité. Dans certains cursus, il y a aujourd'hui des séminaires entre étudiants en pharmacie et en médecine. Il pourrait aussi être intéressant de proposer d'office une journée d'observation en pharmacie ou en officine lors des stages de fin d'études des deux spécialités comme cela se fait déjà dans certaines facultés. Les médecins et pharmaciens interrogés abordent aussi la nécessité d'un financement des actes de collaboration et de déprescription qui sont énergivores et s'ajoutent à la charge de travail quotidienne. Les pharmaciens insistent sur l'importance d'un support facile d'utilisation pour se faire rémunérer. Par contre, il n'y a que trois prestataires sur l'ensemble des interviews qui soulignent les actions déjà en vigueur actuellement; fascicules du SPF santé publique, remboursement prévu des magistrales de BZD et Z-drugs, pharmacien de référence, etc. Comme mentionné dans l'introduction, il y a le site <http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/> qui met pourtant à disposition des informations théoriques et des outils pratiques à destination des pharmaciens et médecins grâce à deux interfaces séparées. Ces actions sont-elles inconnues des professionnels ? Ou ne sont-elles pas suffisantes à leurs yeux ? Ces questions seraient à vérifier dans une autre étude de terrain.

Pour clôturer ces résultats, schématisés à la page suivante, il ne faut jamais perdre de vue que toutes ces actions de déprescription et de collaboration sont au service du patient. Celui-ci doit donc être inclus dans les décisions et dans les échanges entre prestataires.

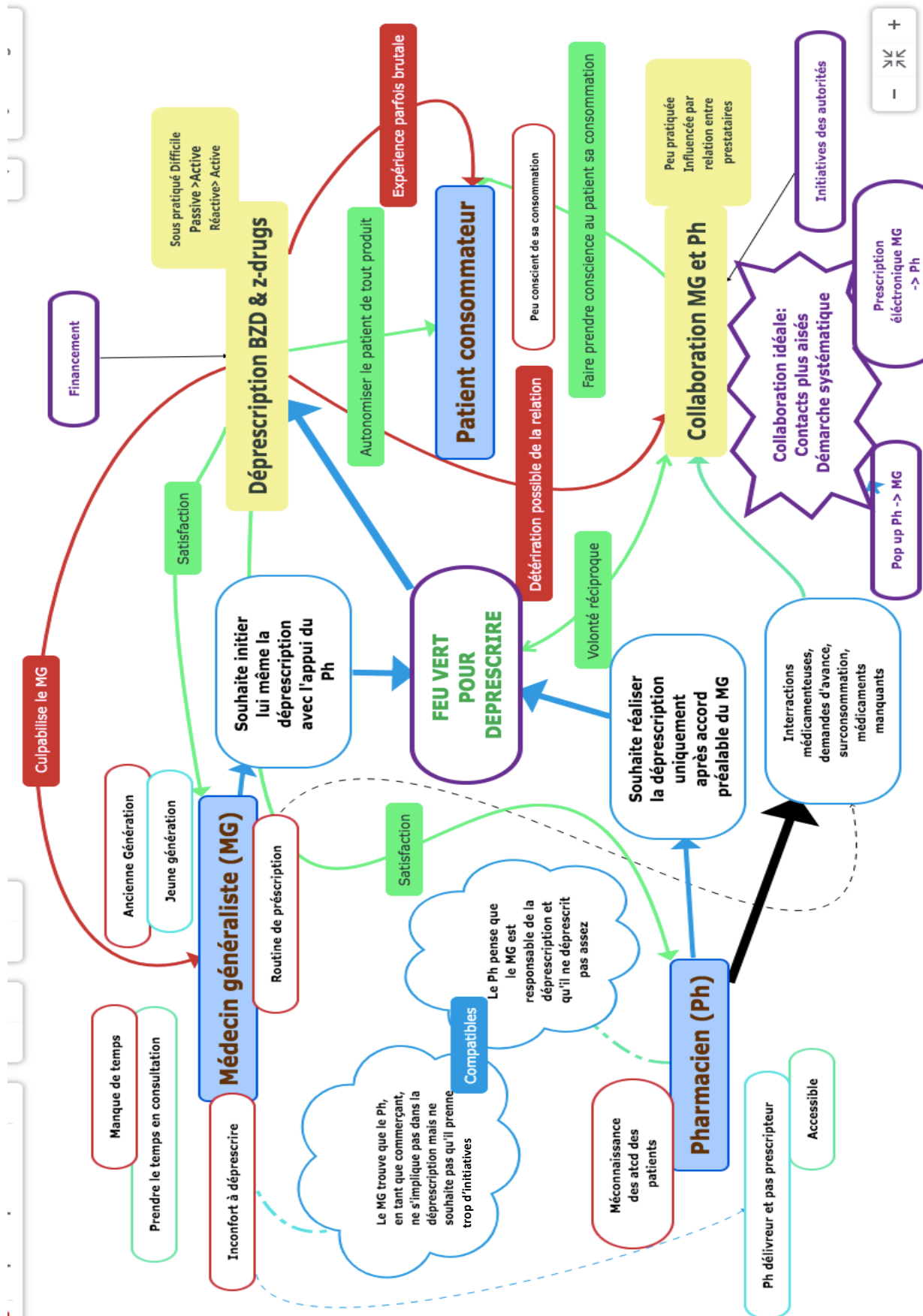


Schéma 5

II. Apports de l'étude

Cette étude fournit, d'une part, des explications de terrain sur les difficultés actuelles de déprescription et de collaboration entre médecin généraliste et pharmacien et d'autre part, des solutions envisagées par les prestataires eux-mêmes. Elle conforte également, sous un autre angle, l'intérêt de l'échange entre généraliste et pharmacien pour déprescrire comme abordé par plusieurs études dont D-Prescribe ⁽¹³⁾. De plus, elle apporte des informations supplémentaires aux études précédentes en donnant l'avis du pharmacien à propos du rôle du médecin généraliste et inversement. C'est grâce à cela que nous savons maintenant que leurs attentes sont compatibles. Enfin, avec la rédaction du guide d'entretien basé sur les objectifs préalablement définis après revue de la littérature, il était attendu de pouvoir répondre à ces différents questionnements. Ce qui n'était par contre pas prévu, c'était la récolte d'autant de perceptions et de vécus d'un professionnel par rapport à l'autre. La collecte de ces éléments supplémentaires, non espérés au départ, fait partie des forces de la méthode qualitative.

Concrètement, cette étude offre de belles perspectives d'amélioration de collaboration entre ces prestataires qui pourraient s'étendre par la suite à d'autres domaines que la déprescription des benzodiazépines et Z-drugs. Pour le généraliste, elle rappelle la problématique majeure de la consommation chronique de ces molécules chez les patients âgés et lui propose certaines pistes pour améliorer et diminuer leur prescription initiale et potentialiser leur déprescription. Elle fournit également une proposition de collaboration réaliste avec le pharmacien, tenant compte des spécificités de chaque profession. Dans la même lignée, ces informations sont attrayantes pour tout pharmacien qui souhaite s'investir dans la déprescription des BZD et Z-drugs et collaborer plus efficacement avec le généraliste. Ce TFE peut aussi intéresser le secteur de la santé publique étant donné que la déprescription de ces molécules reste un enjeu majeur. Pour rappel, les résultats seront à disposition de CP pour sa thèse.

III. Forces de l'étude

Le choix de la méthodologie qualitative a tout d'abord permis de sélectionner un panel très diversifié de pharmaciens et de généralistes pour obtenir un matériel suffisamment riche. En effet, une attention particulière dans la sélection des participants a entraîné des localisations, types de pratique, années d'expérience et profils très variés. Pour information, il n'y a pas de biais de sélection dans ce cas-ci, car il s'agit au contraire d'un atout pour augmenter la qualité de l'étude. Et ce sont cette multitude d'opinions et l'anonymisation des données qui permettent d'atténuer le biais de désirabilité sociale.

Ensuite, pour atténuer la subjectivité, l'analyse s'est faite en deux temps pour assurer une triangulation. Toutes les informations encodées dans l'arbre de codage Nvivo sont le résultat de discussions entre MdM et CP et donc de consensus sur les divergences. Cela leur a demandé une plus grande rigueur dans leurs codages personnels, car toute décision devrait être argumentée ensuite lors de la mise en commun et aucune information n'a pu être écartée sans explication à l'appui. Cela limite le biais de fixation sur l'objectif.

De plus, la rédaction des résultats fut minutieuse. Les éléments y figurant sont tous inspirés directement des retranscriptions des entretiens. Ils sont rédigés sous deux formes. La première, citant le médecin, le pharmacien ou les deux professionnels de façon générale est la résultante de plusieurs citations sur le même sujet. La deuxième, précise explicitement un médecin ou un pharmacien qui a dit quelque chose d'étonnant, d'unique ou de déviant par rapport aux autres avis. Il était important pour la chercheuse de ne pas faire référence uniquement aux données communes à plusieurs entretiens, mais de permettre une vue d'ensemble sur les opinions récoltées afin de limiter le biais de confirmation des hypothèses. Dans la discussion qui résume les résultats, le style d'écriture est aussi binaire ; le professionnel est soit cité au singulier si c'est la profession de façon générale dont il s'agit, soit au pluriel si c'est pour faire allusion directement aux personnes interrogées dans les interviews.

Enfin, pour tâcher d'augmenter la rigueur de l'étude, les checklist COREQ ⁽²²⁾, SRQR ⁽²³⁾ et RATS ⁽²⁴⁾ ont guidé l'élaboration et la rédaction de ce travail. Pour remarque, il n'y a pas de conflit d'intérêt et pas de financement dans cette étude.

IV. Limites de l'étude

Les études qualitatives ont souvent fait mauvaise presse au sein du monde scientifique en étant comparées aux études quantitatives de réputation plus rigoureuses. Elles sont pourtant vues aujourd'hui comme indispensables pour élucider certaines questions en santé, comme l'explique bien le livre «*Les recherches qualitatives en santé* »⁽²⁵⁾.

Tout d'abord, il est bon de rappeler que les résultats obtenus ne sont pas généralisables. Ce n'est d'ailleurs pas le but des études qualitatives qui souhaitent plutôt illustrer des problématiques et faire naître de nouvelles théories.

Ensuite, la chercheuse a beaucoup d'influences sur le choix de la question de recherche, sur la sélection des participants et sur l'analyse et la rédaction des résultats. Il s'agit de la réflexivité, un concept bien connu en recherche qualitative. Le profil de MdM présente une femme médecin, adepte de pharmacologie, novice en études qualitatives, issue de la nouvelle génération plus éveillée à l'interdisciplinarité, fréquentant dans le privé une amie pharmacienne et avec une activité annexe en recherche. Les participants étaient au courant de son identité et des objectifs de l'étude. Cela a donc eu un impact sur leur souhait de répondre présents – ou non –, et a pu influencer certaines de leurs réponses. Pour diminuer ces influences, MdM n'a volontairement pas choisi des sujets qu'elles fréquentent régulièrement en dehors de l'étude et a analysé les entretiens avec une autre chercheuse.

De plus, si un autre échantillon avait été sélectionné, d'autres résultats auraient surgi. Pour limiter cette variabilité, le chercheur tente d'obtenir la saturation des données. Dans ce cas-ci, vu le peu de temps disponible à la rédaction d'un TFE et la première expérience de la chercheuse en études qualitatives, cela semblait être fort optimiste. Cette saturation de données n'a pas pu être obtenue avec les derniers entretiens réalisés et il serait bon de renforcer les résultats avec d'autres interviews pour y parvenir.

Enfin, certains chercheurs décident de faire revenir les résultats aux participants pour qu'ils puissent les modifier. Cela fait également partie de la triangulation. Cette démarche n'a volontairement pas été réalisée car elle fait débat dans la littérature et ne garantit pas une augmentation de la qualité d'une étude⁽⁴¹⁾.

10. Conclusion

Les patients âgés de 65 ans et plus restent de grands consommateurs chroniques de BZD et Z-drugs malgré la réputation délétère grandissante de ces molécules ces dernières années. Des actions à différentes échelles ont tenté d'offrir du soutien au médecin généraliste pour déprescrire, mais celui-ci reste en difficulté. Un accompagnement du pharmacien dans cette démarche montre une belle efficacité dans la littérature et n'est pourtant que peu présent actuellement en Belgique francophone. Ce travail offre un regard de terrain sur les éléments limitants la déprescription de ces molécules mais propose également de nombreuses pistes d'amélioration. Ces solutions sont formulées par les prestataires eux-mêmes et tiennent donc compte des réalités de leurs quotidiens respectifs.

Au-delà des habitudes décrites, les personnes interrogées ont livré leurs vécus sur la relation avec l'autre prestataire et les rôles qu'ils souhaitent pour chaque parti. Cela a permis de mettre en lumière la volonté réciproque de collaboration entre pharmacien et médecin généraliste et la compatibilité de leurs rôles. Cependant, de vieilles convictions freinent encore certains d'entre eux aujourd'hui. D'une part, le médecin se sent souvent coupable des prescriptions passées, ce qui le rend mal à l'aise avec la démarche. De plus, celui-ci ne semble pas toujours prêt à partager ses compétences avec le pharmacien. D'autre part, le pharmacien n'est généralement pas à l'aise de contacter le médecin, car lui anticipe des réactions négatives ou désintéressées s'il propose l'arrêt d'une de ces molécules chez un patient donné.

Il ne reste plus qu'à espérer un changement de mentalité qui devrait être porté par la jeune génération de médecins. Si cette dernière se montre déterminée à collaborer au prix d'une remise en question de ses prescriptions, la prise en charge des patients serait probablement plus optimale. Cette communication entre médecin généraliste et pharmacien serait davantage numérisée au regard de l'évolution fulgurante des technologies en médecine et de la nécessité d'un moyen de communication plus efficace. Il y a l'enjeu supplémentaire de garder une place de choix pour le patient afin que celui-ci puisse être intégré à la discussion et puisse prendre les décisions en partenariat avec les prestataires. Pour finir, la déprescription au sens large ne pourra se concrétiser qu'à la condition d'une volonté mutuelle du patient, du généraliste et du pharmacien de coopérer. C'est forcément sur cela que les autorités compétentes, les universités et les professionnels peuvent avant tout porter leurs actions.

11. Postambule

Ce travail s'est étalé sur plus d'un an et demi, rythmé par les entretiens, leurs retranscriptions et leurs analyses. Il a été l'occasion pour moi de prendre de l'expérience dans de nombreux domaines en recherche. J'ai tout d'abord été confrontée à la rigueur nécessaire à une revue exhaustive de la littérature (bases de données, équation de recherche, logiciel Zotero, etc.) et à l'élaboration d'une question de recherche. Ensuite, j'ai pu travailler mes capacités communicationnelles lors des nombreux entretiens. Par la suite, j'ai découvert le codage au sein du logiciel Nvivo et j'ai passé de nombreuses heures à mettre mes résultats en commun avec Catherine Péteïn qui m'a vraiment permis d'acquérir des capacités d'analyse par un regard plus factuel. Enfin, j'ai rédigé ces pages en plusieurs phases avec un élagage important pour ne garder que l'essentiel et offrir, je l'espère, une version finale épurée et pertinente par rapport aux objectifs. Tous ces éléments m'ont donné goût à la recherche et sont un bagage non négligeable pour l'activité de chercheuse que j'aimerais poursuivre à mi-temps les prochaines années.

D'un point de vue purement personnel, ces échanges avec les différents pharmaciens et médecins m'ont vraiment confortée dans la richesse de mon futur métier et du pouvoir de l'interdisciplinarité. Ce travail a sûrement influencé mon envie de débiter ma pratique de généraliste en octobre prochain dans une maison médicale au forfait où le travail en équipe pluridisciplinaire et la cogestion sont le fil conducteur. De nombreux concepts abordés dans ce travail tels que l'entretien motivationnel, la prévention, la déprescription, la décision médicale partagée guident petit à petit la médecine que je souhaite exercer avec mes patients. À propos de la collaboration avec le pharmacien, je souhaiterais pouvoir convier certains pharmaciens géographiquement proches du cabinet à certaines de nos réunions d'équipe pour créer du lien, faciliter les échanges et partager sur des difficultés rencontrées à propos de certains traitements de nos patients.

Merci pour votre lecture.

12. Bibliographie

- (1) Van Liempt C. Polymédication [Internet]. SSMG. [cité 9 avr 2022]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/avada_portfolio/polymedication/.
- (2) Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* févr 2008;46(2):72-83.
- (3) By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* avr 2019;67(4):674-94.
- (4) Répertoire commenté des médicaments. 10.1 Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques. Disponible via le lien <https://www.cbip.be/fr/chapters/11>.
- (5) Reynaert Ch, Jacques D, Zdanowicz N, De Mesmaeker S. Benzodiazépines : stratégies et place en 2015. *Louvain médical* [Internet]. 2015 [cité 23 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.louvainmedical.be/fr/article/benzodiazepines-strategies-et-place-en-2015>
- (6) Van Der Heyden J, Drieskens S. Consommation de médicaments. Enquête de santé 2018. *Sciensano*; 2020.P 41-42 ;
- (7) Somnifères et calmants [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants>.
- (8) Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open.* déc 2014;4(12):e006544.
- (9) Oldenhof E, Mason T, Anderson-Wurf J, Staiger PK. Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 15 juin 2021;71(708):e517-27.
- (10) Cloos J-M, Stein R, Rauchs P, Koch P, Chouinard P. Addictions aux benzodiazépines: prévalence, diagnostic et traitement. [Benzodiazepine addiction: prevalence, diagnosis and treatment]. *EMC - Psychiatrie.* 1 janv 2011;1-10.
- (11) Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 21 mars 2017;17:224.
- (12) Hansen CR, O'Mahony D, Kearney PM, Sahm LJ, Cullinan S, Huibers CJA, et al. Identification of behaviour change techniques in deprescribing interventions: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* déc 2018;84(12):2716-28.
- (13) Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults. *JAMA.* 13 nov 2018;320(18):1889-98.
- (14) Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine.* 1 juin 2014;174(6):890-8.
- (15) Code de déontologie pharmaceutique, Edition 1^{er} janvier 2020. P. 9-40. Disponible via le [lien](https://www.ordredespharmaciens.be/default.aspx?ID=18&PT=2&G=84&GRT=2&lang=2) <https://www.ordredespharmaciens.be/default.aspx?ID=18&PT=2&G=84&GRT=2&lang=2>.
- (16) Code de déontologie médicale 2018 Disponible via le lien <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.

- (17) <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/medication/somniferes-et-calmants> .
- (18) Pope C, Mays N. Qualitative Research in health care. Dans: Qualitative Research in health care. Wiley Blackwell; 2006. p. 3.
- (19) Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances [Internet]. De Boeck Supérieur. 2014 [cité 10 avr 2022]. 69 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm> .
- (20) Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 10 - L'analyse par questionnement analytique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin. 2012 [cité 5 avr 2022]. p. 207-30. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-207.htm> .
- (21) L'ABSyM a pu empêcher les pharmaciens de pouvoir administrer d'autres vaccins à l'avenir : Actualités générales [Internet]. 2022 [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.absym-bvas.be/actualite/l-absym-a-pu-empêcher-les-pharmaciens-de-pouvoir-administrer-d-autres-vaccins-a-l-avenir> .
- (22) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.
- (23) O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Academic Medicine. sept 2014;89(9):1245-51.
- (24) Cambon B, Vorilhon P. Quality of qualitative studies centred on patients in family practice: a systematic review. Fam Pract. 2016 Dec;33(6):580-587. doi: 10.1093/fampra/cmw095 .
- (25) Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin. 2016 [cité 19 avr 2022]. (U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm> .
- (26) Folia Pharmacotherapeutica (2007). Fiche de transparence : anxiété. N°34, p103-104. Disponible via la lien <https://www.cbip.be/foliapdfs/FR/P34F12D.pdf>
- (27) Folia Pharmacotherapeutica (2018). Fiche de transparence : insomnie. Disponible via la lien <https://www.cbip.be/fr/frontend/indication-group/134/summary> .
- (28) Folia Pharmacotherapeutica (Juin 2019).Insomnie chez l'adulte, Une directive evidence based » pour la première ligne. Disponible via le lien <https://www.cbip.be/articles/3078?folia=3076> .
- (29) Del Giorgio R, Ceschi A, Gabutti L. Benzodiazépines chez les patients âgés : le côté sombre d'une pilule magique [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-547/benzodiazepines-chez-les-patients-ages-le-cote-sombre-d-une-pilule-magique> .
- (30) Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, Seidling HM. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. Int J Clin Pharm. 1 juin 2017;39(3):495-506.
- (31) Wüstmann A-F, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter CA. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. Int J Clin Pharm. 1 août 2013;35(4):584-92.
- (32) Denneboom W, Dautzenberg MG, Grol R, Smet PAD. Treatment reviews of older people on polypharmacy in primary care: British Journal of General Practice. 2007;9.

- (33) Geurts MME, Talsma J, Brouwers JRBJ, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. juill 2012;74(1):16-33.
- (34) Bužančić I, Dragović P, Pejaković TI, Markulin L, Ortner-Hadžiabdić M. Exploring Patients' Attitudes Toward Deprescribing and Their Perception of Pharmacist Involvement in a European Country: A Cross-Sectional Study. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:2197-208.
- (35) Luchen GG, Prohaska ES, Ruisinger JF, Melton BL. Impact of community pharmacist intervention on concurrent benzodiazepine and opioid prescribing patterns. *J Am Pharm Assoc* (2003). avr 2019;59(2):238-42.
- (36) Pardo D, Miller L. Implementation of a pharmacy consult to reduce co-prescribing of opioids and benzodiazepines in a Veteran population: *Substance Abuse*: 2017; Vol 38, No 2.
- (37) Hoffmann F. Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: comparison of perceptions of GPs and community pharmacists in Germany. *Ger Med Sci*. 2013;11:Doc10.
- (38) Velert Vila J, Velert Vila M del M, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Suitability of the use of benzodiazepines prescribed by the pharmacist in the elderly. A doctor-pharmacist collaboration study. *Aten Primaria*. juill 2012;44(7):402-10.
- (39) Navy HJ, Weffald L, Delate T, Patel RJ, Dugan JP. Clinical Pharmacist Intervention to Engage Older Adults in Reducing Use of Alprazolam. *Consult Pharm*. 1 déc 2018;33(12):711-22.
- (40) Ashworth N, Kain N, Wiebe D, Hernandez-Ceron N, Jess E, Mazurek K. Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: a comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority. *BMC Fam Pract*. 8 avr 2021;22(1):68.
- (41) King O. Two sets of qualitative research reporting guidelines: An analysis of the shortfalls. *Res Nurs Health*. août 2021;44(4):715-23.

13. Annexes

A. Méthodologie de la recherche de littérature

1. Recherche exploratoire :

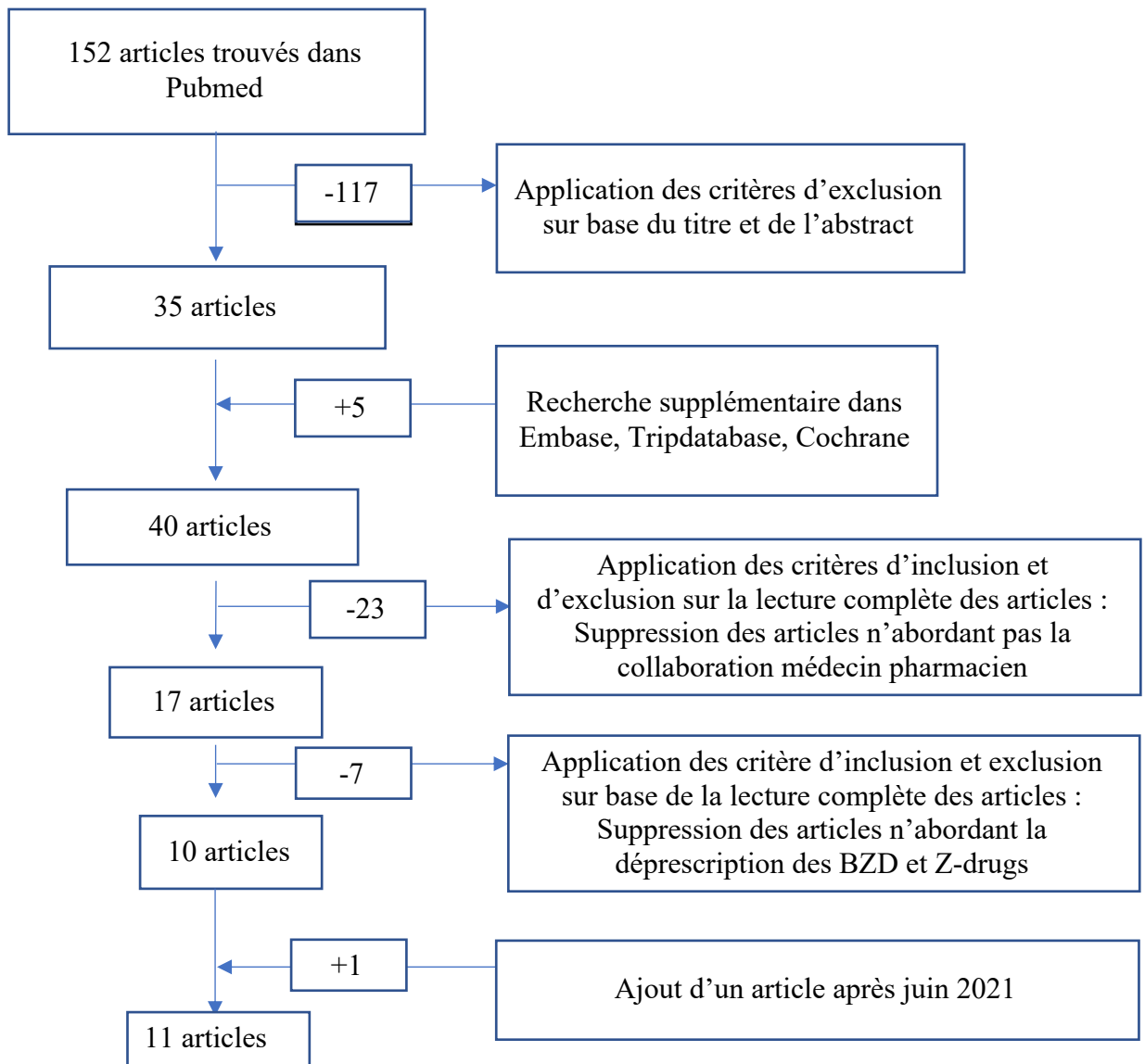
- Dates : d'octobre 2020 à janvier 2021
- Thèmes : la déprescription médicamenteuse, les patients polymédiqués et la prescription inappropriée. La recherche qualitative en santé et ses critères de qualités.
- Revues, bases de données : La Revue Prescrire, La revue médicale Suisse, UpToDate, Pubmed, Folia Pharmaceutica, Cairn.
- Articles sélectionnés : une trentaine.

2. Recherche théorique sur l'utilisation et la déprescription des BZD et Z-drugs :

- Dates : de janvier 2021 à juin 2021
- Thèmes : la prescription des benzodiazépines et z-drugs et la déprescription des benzodiazépines et z-drugs, chez les patients âgés de >65 ans.
- Mots clés : « Deprescribing », « Benzodiazepines », « z-drugs », «older people» en anglais et en français.
- Revues, bases de données, Répertoires, etc : Pubmed, La Revue Prescrire, UpToDate, Pubmed, CBIP, Sciensano, SSMG.
- Articles sélectionnés : 16.

3. Recherche ciblée (avec flowchart 1 ci-dessous)

- Dates : de février 2021 à juin 2021
- Thème : Collaboration médecin et pharmacien dans la déprescription de benzodiazépines et z-drugs
- Mots clés : “benzodiazepine”, “pharmacists”, “aged”, “inappropriate prescribing”
- Equation finale : benzodiazepine[MeSH Terms]) AND (pharmacists) ou Emtree benzodiazepine'/exp AND 'pharmacist'/exp AND 'education'/exp
- Critères d'inclusion: aborde la collaboration pharmacien et médecin à propos de la déprescription des benzodiazépines et/ou z-drugs
- Critères d'exclusion : articles publiés avant 2010, hôpital/patient hospitalisé, maison de repos/institution/patient hors domicile, patient <65ans, troubles psychiatriques.
- Articles sélectionnés : 10 + 1



Flowchart 1 : Recherche ciblée de littérature

B. Résumé de la littérature :

i. Sur les Benzodiazépines et z-drugs

Les BZD et z-drugs font partie de la classe des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, avec la mélatonine et certains médicaments à base de plantes ⁽⁴⁾. Malgré cela, les benzodiazépines et z-drugs ne sont pas le premier choix pour manager l'anxiété ou l'insomnie comme abordé dans le CBIP.

Un folia ⁽²⁶⁾ du CBIP consacré à la gestion de l'anxiété explique la prise en charge non médicamenteuse démontre une efficacité sur le long terme sans effet secondaire. Les antidépresseurs sont de plus en plus préférés aux BZD car l'efficacité semble similaire avec un profil de dépendance nettement plus faible. Exceptionnellement, une BZD peut être associée avec un antidépresseur pendant quelques jours, au début du traitement, pour gérer l'augmentation de l'anxiété qui peut se manifester à ce moment-là. Dans les troubles anxieux généralisés, la prégabaline (antiépileptique) peut être une alternative de courte durée.

D'autres folia ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾ concernant la prise en charge de l'insomnie rapportent qu'après exclusion d'une affection sous-jacente, est en principe non médicamenteuse. Si un hypnotique est malgré tout prescrit, la date de fin de traitement doit être annoncée dès l'instauration du traitement. Les Z-drugs présentent une efficacité et un profil d'effets indésirables similaires aux BZD et ne sont donc pas à préférer à celles-ci. Le traitement par BZD ou z-drugs chez les patients âgés est vivement déconseillé vu les effets secondaires potentiels. La mélatonine à action prolongée est une alternative pour traiter l'insomnie chez les patients de plus de 55 ans mais ses effets sur le long terme sont inconnus. D'autres molécules sont utilisées souvent off-label (antidépresseurs, antipsychotiques et antihistaminiques H1). Les antidépresseurs sédatifs n'ont pourtant pas de place dans les troubles du sommeil isolés car il n'existe aucune preuve d'un profil d'innocuité plus favorable. Même positionnement concernant les antipsychotiques.

Toujours selon le CBIP⁽⁴⁾, les indications des différentes BZD varient en fonction du temps de demi-vie propre à chaque molécule. Généralement, un temps de demi-vie court ou intermédiaire est à visée hypnotique alors qu'un temps de demi-vie prolongé est à visée anxiolytique. Des indications plus raisonnées pour ces molécules sont le sevrage alcoolique aigu (*Diazepam*) et les crises d'épilepsie tonico-cloniques prolongées (>5min) ou répétées (*Midazolam*, *Diazepam*,

Lorazépam). On retrouve aussi le *Midazolam* pour la sédation en anesthésie et en soins palliatifs. Les contre-indications principales sont la myasthénie grave, l'insuffisance respiratoire sévère, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil non traité et l'insuffisance hépatique.

Les effets secondaires, de plus en plus repris dans la littérature⁽⁴⁾ ⁽²⁹⁾, sont la dépendance psychique et physique ainsi que la tolérance d'installation rapide (1 à 2 semaines) entraînant une escalade des dosages. Les autres effets secondaires fréquents sont une sédation excessive, de la somnolence, des troubles de la mémoire et de la concentration, un effet résiduel diurne (hangover), une dégradation de l'aptitude à la conduite, des phases de sommeil paradoxal et profond diminuées. Chez les PA, on retrouve plus spécifiquement une augmentation des chutes, de la confusion et des dysfonctions cognitives. Parfois, un effet paradoxal peut être observé et entraîne alors insomnie, angoisse, agressivité etc. A l'arrêt du traitement, les symptômes de sevrage peuvent aller jusqu'à des phobies ou des réactions maniaques. L'intoxication aiguë n'aboutit en général pas à une issue fatale mais est plus dommageable si il y a absorption concomitante d'alcool ou d'autres substances à action neurologique centrale.

Concernant l'arrêt d'un traitement chronique par BZD ou z-drugs, comme repris dans le CBIP⁽⁴⁾, la démarche est généralement de diminuer très progressivement le dosage, à raison de 10 à 20% tous les 7 à 15 jours. L'usage de magistrales peut s'avérer utile. Les études sont partagées sur l'intérêt ou non de substituer le produit initial en diazépam pour faciliter l'arrêt de la molécule. Pour plus d'information sur les méthodes de sevrage, se référer au Tableau 4.

Un tableau d'équivalence (Tableau 5) est disponible ci-dessous.

Après toutes ces recommandations de mésusages des BZD et z-drugs, il est bon de rappeler que ces molécules figurent également dans de nombreuses listes de médicaments inappropriés chez les PA telles que STOPP&START⁽²⁾ et les critères de Beers⁽³⁾.

RÉSUMÉ DU SEVRAGE EN BENZODIAZÉPINES

Tableau 6

Sevrage des benzodiazépines. En résumé.

- 1 Traiter et stabiliser préalablement toute comorbidité psychique ou physique
- 2 Informer sur le principe du sevrage dégressif en ambulatoire, sur les symptômes de rebond et de sevrage. Proposer un sevrage en milieu hospitalier en cas de codépendance, de risque d'épilepsie ou de multiples échecs précédents de sevrages ambulatoires
- 3 Proposer toujours une prise en charge psychothérapeutique adjuvante s'inspirant, selon les cas, d'une démarche cognitivocomportementaliste, psychanalytique, voire, le cas échéant, systémique et/ou de support
- 4 Associer éventuellement des médications adjuvantes :
 - des antidépresseurs dans les troubles anxiodépressifs
 - des somnifères ne comportant pas de risque de dépendance pour pallier temporairement les troubles de sommeil rebond
 - un antiépileptique à dose habituelle pour éviter les convulsions et prévenir les rechutes
 - des bêta-bloquants, des antispasmodiques, etc. afin de traiter les symptômes qui génèrent du sevrage
- 5 Prendre le relais par une seule benzodiazépine à durée d'action intermédiaire sans métabolite à demi-vie longue (afin d'éviter un risque d'accumulation) ou, en cas de dose initiale peu élevée, à durée d'action longue, facilement fractionnable, en utilisant un tableau d'équivalence
- 6 Répartir les doses sur 2 à 4 prises quotidiennes
- 7 Organiser un sevrage dégressif avec vitesse de réduction décroissante au fur et à mesure qu'on se rapproche de la fin du sevrage. Nous donnons ci-dessous quelques exemples de schémas :

Schéma dégressif pour le diazépam (selon Holzbach, 2000) ^[64]

Diazépam > 20 mg : réduction de 10 mg/semaine
 Diazépam > 10 mg et ≤ 20 mg : réduction de 5 mg/semaine
 Diazépam ≤ 10 mg : réduction de 2,5 mg/semaine, selon la répartition journalière suivante :

Matin	Midi	Soir	Coucher
2,5 mg	2,5 mg	2,5 mg	2,5 mg
2,5 mg	0 mg	2,5 mg	2,5 mg
2,5 mg	0 mg	0 mg	2,5 mg
0 mg	2,5 mg	0 mg	0 mg

Schéma dégressif pour le clonazépam (selon Holzbach, 2000) ^[65]

Une étape = 3 à 7 jours
 Clonazépam > 8 mg : réduction de 3 mg par étape
 Clonazépam > 4 mg et ≤ 8 mg : réduction de 2 mg par étape
 Clonazépam > 2 mg et ≤ 4 mg : réduction de 1 mg par étape
 Clonazépam ≤ 2 mg : réduction de 0,5 mg par étape
- 8 Organiser, si possible, une période de sevrage s'étalant sur 6 à 8 semaines, en prévoyant des paliers tenant compte des nécessités physiologiques et/ou des désirs du patient
- 9 Informer le patient des dénominations commerciales et des principes actifs des benzodiazépines et substances apparentées disponibles sur le marché

Tableau 4 : Extrait de l'article « Addictions aux benzodiazépines: prévalence, diagnostic et traitement »

DURÉES D'ACTION ET TABLEAU DE CONVERSION DES BENZODIAZÉPINES ET Z-DRUGS

Principe actif	Durée d'action	Exemple dose	de Dose équivalente de diazepam	de Facteur conversion de
alprazolam	ML	0,5 mg	5 mg	x 10
bromazépam	ML	3 mg	3 mg	x 1
brotizolam	UC	0,25 mg	10 mg	x 40
clobazam	L	10 mg	5 mg	x 0,5
clorazépate	L	10 mg	7,5 mg	x 0,75
clotiazépam	ML	5 mg	10 mg	x 2
diazépam	L	10 mg	10 mg	x 1
loflazépate d'éthyle	L	2 mg	10 mg	x 5
flunitrazépam	C	1 mg	10 mg	x 10
flurazépam	L	27 mg	9 mg	x 0,33
loprazolam	C	1 mg	10 mg	x 10
lorazépam	ML	1 mg	5 mg	x 5
lormétazépam	C	1 mg	10 mg	x 10
nitrazépam	L	5 mg	5 mg	x 1
nordazépam	L	5 mg	5 mg	x 1
oxazépam	C	15 mg	4,5 mg	x 0,3
prazépam	L	10 mg	5 mg	x 0,5

triazolam	UC	0,125 mg	10 mg	x 80
zolpidem	C	10 mg	10 mg	x 1
zopiclone	C	7,5 mg	10 mg	x 1,33

- A. T1/2 = demi-vie du principe et de ses métabolites actifs
- B. UK = à durée d'action ultracourte (T1/2 < 5 heures)
- C. C = à courte durée d'action (T1/2 5 à 10 heures)
- D. ML = à durée d'action mi-longue ou intermédiaire (T1/2 10 à 20 heures)
- E. L = à longue durée d'action (T1/2 > 20 heures)

Tableau 5 : Extrait du CBIP⁸

ii. Sur la collaboration médecins et pharmaciens

Tout d'abord, il s'agit d'une étude qualitative publiée en 2017 en Allemagne ⁽¹¹⁾ portant sur les perceptions de la collaboration interprofessionnelle des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine. Elle est composée de treize entretiens auprès de médecins et pharmaciens suivis de deux groupes de discussion. Cette étude mène à trois constats : « Premièrement, la confiance et l'appréciation mutuelles semblent être des facteurs importants influençant la qualité de la collaboration interprofessionnelle. Deuxièmement, à la lumière d'expériences personnelles négatives, les pharmaciens réclament une façon prédéfinie, claire et directe de communiquer avec les médecins. Troisièmement, étant donné le défi croissant de traiter un nombre important de patients âgés atteints de maladies chroniques, les médecins généralistes souhaitent le soutien compétent de pharmaciens expérimentés. » Ils vont plus loin en proposant trois démarches afin de stimuler cette collaboration : Organisation d'ateliers multi professionnels par les prestataires eux-mêmes, initiatives politiques pour rassembler les médecins et pharmaciens, interactions plus présentes au sein des programmes de formation lors des études et du début de la carrière.

Une autre étude qualitative réalisée en 2015 ⁽³⁰⁾, également en Allemagne, à l'aide de focus group et d'interview, donne d'avantage de précisions sur la méthode de communication actuelle entre médecin et pharmacien et sur les adaptations futures potentielles : « Bien que la communication téléphonique ait été indiquée dans l'ensemble comme le moyen de communication le plus couramment utilisé, les participants préféraient toujours différentes façons de transférer des informations spécifiques. Par conséquent, un concept standardisé doit être fourni pour simplifier et prendre en charge la communication des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine tout en laissant une place à l'individualisation. »

Quelques années plus tôt (2010), toujours en Allemagne, une étude quantitative ⁽³¹⁾ avec questionnaires répondus par 84 pharmaciens d'officine et 145 médecins généralistes s'intéressait pour la première fois dans le pays à la qualité de la relation entre ces prestataires ressentie par les deux prestataires. Ses conclusions étaient plutôt réjouissantes: « *Les résultats de l'enquête ont révélé des degrés d'accord globalement comparables sur les facteurs fondamentaux de la relation interprofessionnelle, la perception de la fréquence et sur l'utilité des interactions interprofessionnelles et l'appréciation des fonctions des pharmaciens traditionnels.* »

Une autre étude datant d'il y a une quinzaine d'année (2007) ⁽³²⁾ et découverte via Minerva, s'était intéressée aux bénéfices potentiels d'une revue du traitement par le pharmacien pour les patients âgés polymédiqués. L'action pouvait soit se faire sous la forme d'un feed-back écrit du pharmacien au médecin généraliste, soit d'une concertation individualisée pharmacien-médecin généraliste avec élaboration d'un plan d'action. Dans les résultats, c'est cette deuxième démarche qui permet le changement d'un plus grand nombre de médicaments. Ils précisent que les surcoûts liés à cette pratique semblent couverts par les économies engendrées. Et enfin, ils clôturent en disant que l'effet de l'intervention semble diminuer avec le temps et insistent sur le fait que ce type de collaboration devrait être intégré en routine.

Il y a également plusieurs revues systématiques sur la collaboration médecins et pharmaciens concernant les médications chroniques et les avantages pour les patients. Les conclusions d'une revue systématique publiée en 2012 étaient que peu d'études rapportaient des résultats concrets et que les résultats n'étaient pas toujours comparables ⁽³³⁾.

Une autre méta-analyse publiée en 2018 et nommée « *Identification of behaviour change techniques in deprescribing interventions* » ⁽¹²⁾ nous donne des informations intéressantes sur la place du pharmacien dans les interventions de déprescription chez les PA de plus de 65 ans et les accords de déprescription entre médecins et pharmaciens. Cette méta-analyse n'est donc pas spécifique aux BZD et z-drugs mais sa discussion nous donne deux constations importantes. Premièrement, cette méta-analyse confirme les résultats antérieurs dans la littérature sur les avantages des interventions dirigées par les pharmaciens pour optimiser l'utilisation des médicaments chez les PA. Deuxièmement, malgré un haut niveau d'accord entre les prescripteurs et les pharmaciens dans l'évaluation des médicaments cibles potentiels pour la déprescription, les taux d'acceptation des recommandations formulées par les pharmaciens sont inférieurs à ceux de leurs collègues médecins. Ils discutent alors que les défis de la déprescription dépendent des manières particulières dont les interventions de déprescription sont réalisées et ils suggèrent que les recherches futures étudient les comportements associés à l'acceptation et au rejet des recommandations de déprescription afin de mieux comprendre la réussite des interventions de déprescription.

Avant d'aborder spécifiquement la déprescription des BZD dans le point suivant, il y a un encore un article abordant la déprescription en général par le pharmacien et le point de vue du patient. Indépendamment du médecin traitant, l'implication du pharmacien dans un processus

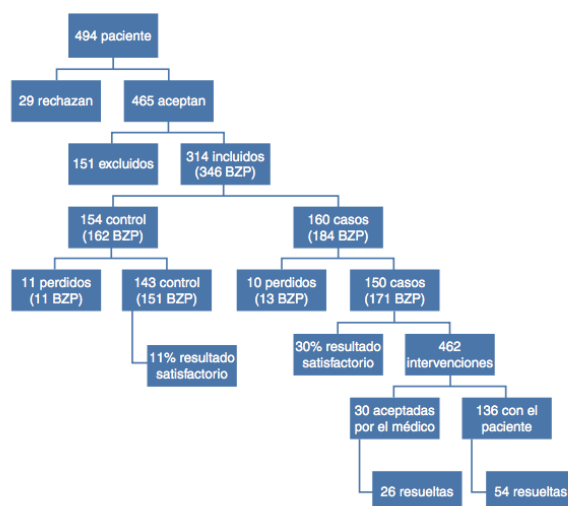
de déprescription est largement apprécié par le patient comme le montre l'étude « *Exploring Patients' Attitudes Toward Deprescribing and Their Perception of Pharmacist Involvement in a European Country: A Cross-Sectional Study* »⁽³⁴⁾ : « Les patient interrogés par questionnaire ont exprimé une attitude positive envers les compétences des pharmaciens (68,89 %) et envers leur implication dans la déprescription (71,11) ».

iii. Sur la Collaboration médecins et pharmaciens dans la déprescription des benzodiazépines

Malheureusement, la plupart des résultats obtenus avec l'équation de recherche étaient hors sujet comme le montrent certains exemples ci-dessous : Plusieurs études relatives à la collaboration médecins – pharmaciens concernant des patients jeunes essentiellement (hors sujet) et/ou consommateurs à la fois de BZD et opioïdes (hors sujet), ont été trouvées avec évaluation de l'intervention du pharmacien dans la prise en charge ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾. Une étude allemande ⁽³⁷⁾ menée en 2012 auprès de médecins généralistes et pharmaciens a relevé leurs perceptions des avantages ou non (hors sujet) des z-drugs en comparaison avec les BZD. Cette étude a démontré que les pharmaciens semblaient avoir une attitude plus critique sur l'utilisation des z-drugs, en particulier concernant les effets secondaires.

Deux autres études d'intervention ciblent des interventions pharmaceutiques ;

Premièrement, il s'agit d'une étude d'intervention ⁽³⁸⁾ de pharmaciens auprès de 314 patients âgés de 65 ans et plus, consommateurs d'au moins une BZD, afin de détecter les doublons, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la mesure de l'efficacité du traitement en 2012 à Valence en Espagne. Les patients ont été divisés en groupe contrôle et groupe d'intervention et suivis durant une année (Organigramme 1) :



Esquema general del estudio. Estudio controlado, aleatorizado y simple ciego en mayores de 65 años que utilizan BZD y que acuden a 11 farmacias de la Comunidad Valenciana durante el periodo de estudio.

Organigramme 1

Les résultats démontrent qu'une différence est statistiquement significative ($p < 0,05$) avec le groupe contrôle mais donnent peu d'informations sur la collaboration entre le médecin et le pharmacien.

Deuxièmement, une autre étude d'intervention ⁽³⁹⁾ plus récente (2018) dans le Colorado (USA) a étudié l'effet d'une lettre envoyée à des patients de >65 ans consommateurs réguliers d'Alprazolam au cours des 12 derniers mois. Cette lettre était à la fois à visée informative (risques de l'Alprazolam, les organisations qui recommandent de ne pas prendre d'Alprazolam, les effets secondaires de l'Alprazolam, les traitements alternatifs possibles) mais également une proposition d'appel à un pharmacien clinique pour des options de traitement et des modalités pour le joindre en précisant de ne pas arrêter le médicament avant cet entretien téléphonique. Les résultats n'ont pas démontré de différence significative entre le groupe d'intervention (34,0%) et le groupe témoin (35,3%) ($p = 0,822$). Par contre, au sein du groupe d'intervention, il y a une différence significative concernant un arrêt ou une diminution de l'Alprazolam ou le switch vers une alternative entre les patients ayant joint le pharmacien clinique et les patients du groupe contrôle (77,8% contre 27,6%; $p < 0,001$).

La seule étude trouvée qui traite vraiment sur la comparaison entre la collaboration médecin et pharmacien dans la déprescription des BZD et l'absence de collaboration est l'étude D-PRESCRIBE décrite dans le point 6. Introduction générale et reprise dans le tableau 6 ci-dessous.

RCT	
§ Auteurs	Philippe Martin, Robyn Tamblyn, Andrea Benedetti, Sara Ahmed, Cara Tannenbaum
§ Date de publication	November 13, 2018
§ Titre	Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial
§ Population, critères d'inclusion	Recrutement de pharmacies communautaires au Québec, Canada, de février 2014 à septembre 2017, avec un suivi jusqu'en février 2018, et les a attribués au hasard à des groupes d'intervention ou de contrôle. Les patients inclus étaient des adultes âgés de 65 ans et plus à qui on a prescrit 1 des 4 médicaments Beers Criteria (sédatifs-hypnotiques, antihistaminiques de première génération, glyburide ou anti-inflammatoires non stéroïdiens), recrutés dans 69 pharmacies communautaires. Les patients ont été sélectionnés et recrutés avant la randomisation.
§ Population, critères d'exclusion	Les critères d'exclusion pour les patients étaient un diagnostic de maladie mentale grave ou de démence (déterminée par un antipsychotique et / ou un inhibiteur de la cholinestérase ou des prescriptions de mémantine), une déficience cognitive significative (score <24 au mini-examen de l'état mental ¹⁷), une incapacité à communiquer en anglais ou en français et résidence dans une résidence-services.

§ Intervention	Les pharmaciens du groupe d'intervention ont été encouragés à envoyer aux patients une brochure éducative sur la déprescription parallèlement à l'envoi à leurs médecins d'un avis pharmaceutique fondé sur des données probantes pour recommander la déprescription
§ Comparateur	Les pharmaciens du groupe témoin ont fourni les soins habituels.
§ Résultats principaux (OR ou HR ou RR ou....avec IC à 95%, valeur de p ; sensibilité, spécificité, LHR+, LHR-, etc)	Dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin, l'arrêt du traitement inapproprié s'est produit chez 63 des 146 utilisateurs de médicaments sédatifs-hypnotiques (43,2%) contre 14 sur 155 (9,0%), respectivement (différence de risque, 34% [IC 95%, 25% à 43 %]) NNT= 2,94, RR=4,78 (2.80-8.14). Aucun événement indésirable nécessitant une hospitalisation n'a été signalé, bien que 29 des 77 patients (38%) qui ont tenté de réduire progressivement les sédatifs-hypnotiques ont signalé des symptômes de sevrage.

Tableau 6 descriptif de l'étude D-PRESCRIBE

Lors d'une recherche supplémentaire récente (février 2022), une nouvelle étude s'ajoute aux résultats précédents. Il s'agit de l'étude "Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: a comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority"⁽⁴⁰⁾. Elle ne porte pas sur la collaboration des médecins généralistes et pharmaciens d'officine mais bien sur une intervention auprès des médecins pour la déprescription des BZD. C'est une étude randomisée contrôlée réalisée en Alberta au Canada entre 2016 et 2018. Les médecins contactés pour l'étude avaient comme critère de sélection principal le fait d'avoir prescrit au moins une fois au cours des trois derniers mois le quadruple de la dose recommandée pour une BZD de n'importe quelle classe à un patient âgé au moins une fois. Cette cohorte de médecins a été divisée en quatre bras de l'étude avec diverses interventions spécifiques : un bras reçoit son profil de prescription personnalisé de la MRA (Mutual recognition agreements) et rien de plus, un bras reçoit une lettre additionnelle d'avertissement personnelle de la MRA, un bras reçoit un appel téléphonique supplémentaire d'un pharmacien de la MRA et enfin un bras qui reçoit un appel téléphonique en plus d'un médecin de la MRA. Les résultats démontrent une baisse significative du nombre total de patients âgés recevant 4 + DDD de BDZ + d'environ 50 % par médecin à un an, et une baisse de la dose moyenne de BDZ + prescrit d'environ 13 %. Cependant, il n'y a pas eu de différence significative entre chaque sous-groupe.

C. Mail de recrutement

Chère consœur, cher confrère, généraliste ou pharmacien,

Je vous contact dans le cadre de mon TFE de médecine générale.

Tout d'abord, une brève présentation:

Je m'appelle Manon de Montigny, j'ai 26 ans et je suis assistante de médecine générale en troisième année.

Concernant mon parcours, après 6 mois à Tournai en médecine générale, 6 mois aux urgences de St Jean Bruxelles, 1 an partagé entre les cabinets des Dr Gael Thiry (Lasne) et Catherine Gielen (Rixensart), je partage maintenant mon temps de travail entre le cabinet du Dr Thiry et une activité d'étudiante chercheuse au CAMG UCL.

Ensuite, je vous livre le sujet de mon travail de fin d'études en médecine général qui s'intitule ;

« Dans le futur, comment mieux intégrer le pharmacien au processus de déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les patients âgés en médecine générale francophone? »

Et pour ce faire, j'ai choisi une approche qualitative. J'ai donc besoin de recueillir **vos avis et de vos expériences** sur ce sujet. J'interroge des pharmaciens et généralistes de Wallonie et de Bruxelles.

En pratique,

- il s'agira d'une interview d'environ 30 à 45 mn.
- sur le lieu de votre choix (en principe sur votre lieu de travail mais possibilité dans le cabinet où j'exerce à Lasne ou dans mon appartement au Auderghem)
- en journée (mardi matin, vendredi matin, samedi) ou en soirée (à partir de 19:30-45 lundi, mardi, mercredi)
- enregistrement audio de tout l'interview pour retranscription écrite complète par mes soins (suppression des fichiers audio après retranscription)
- anonyme (tout indice pouvant révéler ou approcher votre identité sera supprimé de la retranscription écrite)
- non rémunéré
- vous ne devez rien préparer au préalable, l'intérêt est justement de recueillir votre ressenti « brut ».

Si vous êtes enthousiaste à l'idée d'adhérer à ce projet, ne tardez plus et répondez à ce mail en me proposant quelques dates ou appelez-moi au 0478482384.

Au plaisir de vous entendre,
La collaboration commence maintenant !

Manon de Montigny

Sous la supervision de ma tutrice Mme Thérèse Leroy et de mon promoteur Dr Michel De Jonghe.

D. Guide d'entretien

• INTRODUCTION

Bonjour,

Merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cette interview.

Si cela ne vous pose pas problème, je vais enregistrer par audio cette présentation afin de pouvoir la retranscrire par la suite. Les extraits audio seront ensuite supprimés et le contenu anonymisé.

Comme je l'avais mentionné auparavant, je réalise un TFE sur la participation pharmacien dans le cadre de la déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile en médecine générale.

Lors de ma recherche de littérature, la place du pharmacien restait vague voire inexistante en extra-hospitalier dans les études mais une étude attira mon attention ;

Il s'agit d'une étude canadienne datant de 2014 à 2017 dont les références bibliographiques sont les suivantes :

Martin, P., et al. (2018). Effect of a pharmacist-led educational Intervention on inappropriate medication prescriptions in older adults. The D-PRESCRIBE randomized clinical trial. Jama, 320(18), 1889. 10.1001/jama.2018.16131

En quelques mots, cette étude a démontré que lorsque un pharmacien informait à la fois un patient par brochure éducative (effets secondaires, intérêt du sevrage etc.) et son médecin généraliste par avis pharmaceutiques fondé sur des données probantes pour recommander la déprescription des BZD et z-drugs, l'arrêt de la molécule était bien plus important qu'en l'absence de cette initiative.

Les résultats :

Dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin, l'arrêt du traitement inapproprié s'est produit chez 63 des 146 utilisateurs de médicaments sédatifs-hypnotiques (43,2%) contre 14 sur 155 (9,0%), respectivement (différence de risque, 34% [IC 95%, 25% à 43 %]) NNT= 2,94, RR=4,78 (2.80-8.14).

Aucun événement indésirable nécessitant une hospitalisation n'a été signalé, bien que 29 des 77 patients (38%) qui ont tenté de réduire progressivement les sédatifs-hypnotiques ont signalé des symptômes de sevrage.

C'est à partir de ce constat que j'ai décidé de me pencher sur l'état actuel de cette déprescription en Belgique francophone chez les pharmaciens et médecins et de leur possible entraide ainsi que des améliorations potentielles à mettre en place dans le futur.

Dans cet entretien, nous aborderons 3 grands thèmes ;

Tout d'abord, vous aurez l'occasion de vous présenter brièvement ainsi que de décrire votre pratique.

Ensuite, nous aborderons d'une part vos expériences en termes de déprescription de BZD et d'autre part les rôles respectifs d'un côté du pharmacien et de l'autre du médecin généraliste dans cette déprescription.

Enfin, nous développerons plus profondément vos expériences de collaboration avec le méd/pharmacien sur ce sujet et vous proposerez ensuite des solutions pour que la contribution du pharmacien soit plus pratique et utile dans le futur.

• ENTRETIEN

Thème 1 : Présentation

Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc. ?

Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de BZD? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?
- Est-ce que vous agissez différemment en fonction - du patient ? – de l'indication initiale du médicament ?

Rôles des prestataires

- Thème 2A :

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?
- Selon vous, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ? - Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?

Relances :

- Quelles informations pourrait donner le pharmacien au médecin traitant d'un patient commun ?
- Que penseriez-vous d'un pharmacien qui donne des informations au patient ?
- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?
- Avez-vous une anecdote à propos du pharmacien dans la déprescription ?
- **Thème 2B :**
- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?
- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ?
- Qu'est-ce qui ne relève pas du médecin mais qui doit être exclusivement réalisé par le pharmacien ?
- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription ?

Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de BZD ?
- Selon vous, est-elle suffisamment pratiquée ?
- Quelles sont vos expériences d'entraide avec un pharmacien/ médecin dans ce domaine ?
- Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général ?
- Dans quelle mesure trouvez-vous cette association faisable dans la pratique ? Si non, quels en sont les principaux freins ?
- Quelle est la responsabilité du pharm/méd dans la difficulté actuelle à coopérer ?

Relances :

- Cas concret : Pouvez-vous me décrire la dernière fois où vous avez contacté le ph/dr ?
- Y a-t-il des ph/dr avec lesquels cette collaboration est plus aisée ?
- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence ?

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des BZD ? Sous quelle forme ? En présence du patient ?
- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc.) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc.
- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?
- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?
- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.). ?

• **CONCLUSION**

L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?
Merci beaucoup.

E. Consentement éclairé



Centre académique de médecine générale

CAMG

Bruxelles

Woluwe

Manon de Montigny, assistante en médecine générale à l'UCLouvain

Formulaire de consentement éclairé

En signant ce formulaire, je déclare que je consens à participer au travail de fin d'étude intitulé « **Concernant la déprescription de benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile, comment envisager dans le futur la participation du pharmacien auprès du médecin généraliste en Belgique francophone ?** » dont le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'UCLouvain et le comité d'éthique MGTFE.

J'ai par ailleurs pris connaissance de toutes les informations données aux participants de la recherche et portant sur :

- - son objectif, sa méthode et sa durée,
- - les contraintes et risques éventuellement encourus,
- - le bénéfice que je peux éventuellement en attendre, l'usage qui sera fait des résultats,
- - m'informant notamment du fait que : mon identité et mon adresse seront traitées de manière confidentielle.

Je peux demander à tout moment un complément d'information sur l'étude,
Je peux quitter l'étude à tout moment,
Je recevrai une copie du présent document, portant le nom et les coordonnées du responsable de la recherche.

Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte de participer à cette étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Participant: Nom : Prénom : Signature :	Responsable de la recherche : Nom : Prénom : Institution : Signature :
---	---

F. Attestation de couverture assurance des activités dans le cadre du tfe de médecine générale



Avenue des Arts 28/1
1040 Bruxelles
Tél. 02 209 02 00
info@amma.be
www.amma.be

CCFFMG
Haies des Chênes 12/FF
BE-4140 DOLEMBREUX

Bruxelles, le 19 novembre 2019

Votre réf.
Notre réf.
Dir. tél. 02 209 02 17
Dir. fax 02 218 50 32
E-mail annemie.lemaitre@amma.be

ATTESTATION

Assurance : R.C. Professionnelle
Contrat n° : 10000056
Assuré(e) : Les Candidats médecins généralistes

ETUDES CLINIQUES :

Amma Assurances couvre la responsabilité du CMG lors de sa participation dans le cadre de sa maîtrise visant l'amélioration de la qualité, à condition que les protocoles ad hoc aient été approuvés par le Comité d'Éthique et que le patient ait donné préalablement son consentement écrit après avoir été mis au courant de la nature des examens effectués et de leurs conséquences éventuelles via un formulaire écrit d'information et moyennant un accord écrit par l'assureur par avenant au susdit contrat.

Le présent contrat garantit une couverture en cas de participation aux essais cliniques dont l'assuré est participant (« Investigator ») comme prévu dans la loi de 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. (pas de couverture en cas de promoteur)

Le directeur de maîtrise est couvert par la police de son université en fonction des conséquences potentielles (voir comités éthiques par université), donc pas de couverture prévu par le présent contrat.

Pour AMMA

Annemie Lemaitre
Gestionnaire Service Contrats

IBAN BE12 5505 1170 0092
BIC GXCCBE33
N.N. 0409 003 270

AMMA ASSURANCES
entreprise d'assurance mutuelle créée en 1944 et agréée sous le code 0126

G. Accords comités éthiques

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF

Titre de l'expérimentation :

Référence du CEHF: 2021/16NOV/478 (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge : B 403 /

Investigateur Responsable : DE JONGHE Michel

- | |
|--|
| ☐ Etude rétrospective
☐ Etude sur matériel corporel humain résiduel
☐ Création d'une base données / Registre
☒ Analyse de pratiques professionnelles |
|--|

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné :

- ☒ Formulaire de soumission simplifiée
- ☐ Document d'information et de consentement (DIC)
- ☐ Résumé de l'expérimentation
- ☒ Protocole
- ☐ Questionnaire – enquête
- ☒ CV de l'investigateur principal (DE MONTIGNY Manon)
- ☐ Conditions financières / de transfert
- ☒ Questionnaire 1 RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)
- ☒ Autre(s): Guide d'entretien

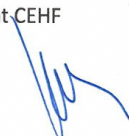
L'avis du CEHF est

☒ **favorable**: le projet peut être initié

Nous vous recommandons de bien informer les participants du but de votre TFE et de prendre les mesures nécessaires pour respecter la confidentialité des données

☐ **défavorable** : le projet ne peut pas être initié

justification :

Date et signature : Professeur J.M. MALOTEAUX Président CEHF  13.12.2021

 CEHF-FORM-006-11.0	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 30/11/2021

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
- Président - Vice-présidents - Secrétaire - Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL - Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc - Ethicien - Juriste - Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale - Psychologue - Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc - Méthodologiste - Collaborateurs Scientifiques, PhD - Représentants Volontaires Sains	- Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine - Véronique DUVEILLER, Pharmacien - Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients* - Yves HUMBLET, Docteur en médecine - Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine - Martine BERLIERE - Yves HORMANS - Laurent HOUTEKIE - Luc ROEGIER¹ - Bénédicte BRICHARD¹ - Christiane VERMYLEN - Michel MOURAD¹ - Dominique LAMY - Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)¹ - Eric GAZIAUX - Alain LOUTE - Geneviève SCHAMPS - Cécile COUPEZ - Claire DETIENNE¹ - Guibert TERLINDEN¹ - Pascale de PIERPONT¹ - Séverine HALLEUX¹ - Niko SPEYBROECK - Isabelle de HEMPTINNE¹ - Anne GABRIEL¹ - Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT¹

¹: invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 17/09/2021

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

H. Retranscriptions des interviews

● Interview du Pharmacien 1

1. Thème 1 : Présentation

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc ?
Je suis ... et je suis pharmacienne depuis 1989 à Bxl et dans le BW. J'ai toujours travaillé en officine et en parallèle à ça j'ai le diplôme de l'agrégation pour pouvoir donner des formations (formatrice à la FSPS)

2. Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?
Est-ce que tu parles uniquement de la pratique de comptoir ou justement déjà tout ce qui est recherche, collaborations etc?

- Oui, la question englobe cela.
Donc, on voit quand même une forte différence, si je peux d'abord parler de la pratique ;
autant les personnes âgées sont encore souvent sous bzd, autant on voit bien que dans la pratique de prescription aux plus jeunes, c'est vraiment diminué. On a beaucoup moins de benzodiazépines prises de façon quotidienne par les sujets plus jeunes. C'est vraiment les personnes de plus de 60-70 ans maintenant qui sont encore sous bzd et les plus jeunes pas. Chez eux (les jeunes), on les voit plutôt prescrites dans un contexte d'anxiété, quand il y a une crise plutôt personnelle. Après, le premier contact que j'ai eu avec la déprescription c'est quand on m'a appelée pour faire partie de la plateforme de constatation des benzodiazépines qui a eu lieu il y a un bon moment déjà. C'était une constatation multidisciplinaire avec les médecins il y a eu plusieurs rencontres Interuniversitaire qui ont eu lieu et qui ont débouché sur la création d'un formulaire qui a été remis dans les officines avec tout un dossier sur le CBIP concernant justement la dépression et l'accompagnement de la gestion du sommeil et de l'anxiété par d'autres moyens non-médicamenteux. Donc cela fait un bon moment déjà que médecins et pharmaciens, on travaille entre guillemets ensemble concernant ce sujet là. Ça c'est une première chose.

- Est-ce que vous vous abordez cette dépression avec les patients parfois?
Bien évidemment dès qu'il y a le premier signe d'alerte comme des plaintes spontanées qui seraient des chutes, vertiges dans un premier temps hein. Évidemment quand tu vois qu'il y a un problème de surconsommation. Ça c'est un problème très fréquent avec les z-drugs et c'est justement pour cette catégorie là qu'il y a surconsommation chez les plus jeunes. Je pense qu'il y a 2 volets dans ton travail, il y a justement l'usage quotidien des benzodiazépines améliorer le sevrage l'usage des z-drugs dans un contexte net de surconsommation. je ne sais pas comment tu vas gérer ces deux approches, là si ce sont deux volets différents ou pas.

- Pas nécessairement, on voulait impliquer les Z-drugs car c'est trop dommage de les laisser sur le côté...
Mais le type de consommation et de déprescription est vraiment tout à fait différent.

- Ma question suivante était justement: Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament mais aussi en fonction de la molécule ?
Bien sur. On voit tout de suite si c'est un patient qui est dans une consommation quotidienne qui devrait bien sûr puisque c'est un patient âgé ne plus exister, on est bien d'accord. Toute benzodiazépine sur plus de 10 jours ne devrait pas être prescrite. Et que c'est certainement un des médicaments des critères stop start à enlever chez les patients âgés donc ça c'est un volet des choses.
Et puis il y a tout ce qui est d'une consommation abusive de drogue mais là c'est une beaucoup plus globale. Mais en général ce sont des addictions qui sont multiples.

- Voilà et donc en fonction du patient, de son profil, je demandais si vous alliez avoir une réaction différente? Par exemple, si vous voyez une consommation qui est pathologique.
L'information commence de la toute première délivrance de benzodiazépines. On va toujours s'assurer de connaître ce que le patient a reçu comme information de son médecin pour avoir un dialogue cohérent avec le patient de ce qu'il a reçu comme information de son médecin. Mais on va aussi s'assurer qu'il a reçu les informations comme quoi c'était un soutien de courte durée et on s'assure aussi qu'il va revoir le médecin dans un temps court. Notre accompagnement commence dès la toute première délivrance et n'est pas de réagir quand il y a déjà surconsommation. Et puis c'est la gestion des avances éventuellement qu'on nous demande. On est très réticents en tous les cas dans cette pharmacie à le faire sans l'avis du médecin et donc en général on a une bonne collaboration avec les médecins prescripteurs des environ car ils savent qu'on va les appeler pour leur demander un accord pour une avance éventuelle. Ils sont tout à fait d'accord avec ça et même reconnaissants quand c'est comme cela que ça se passe.

Rôles des prestataires

- Thème 2A :

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription de bzd ou z-drugs quand leur délivrance n'est pas indiquée (pas une anxiété aigue ou un traitement d'une très courte durée) ?
La plupart des patients qui sont sous benzodiazépine au long cours sont, concernant la patientèle chez nous, des patients âgés qui ont un contact régulier avec leurs médecins. Les bzd s'inscrivent dans la prescription du médecin au même titre qu'un autre médicament pour l'HTA, le cholestérol ou ce genre de choses. Il n'est pas rare que le médecin prescrive plusieurs boîtes sur une seule ordonnance mais en général ça ne dépasse pas deux boîtes.

De par le journalier que l'on tient puisque l'on encode chaque délivrance, on a quand même une bonne idée de la consommation du patient, si elle est considérée comme normale.

Au moindre signal d'alerte, on alarme le médecin heu non le patient d'abord bien sûr, on en discute avec lui et on voit si il est d'accord qu'on appelle le médecin pour en discuter ensemble quoi.

- Donc si je reformule, pour vous, votre rôle est surtout de voir si la consommation est considérée comme "correcte" et sinon en informer le patient et son médecin?

De continuer à informer le patient que ce sont des médicaments avec des effets indésirables. Notre rôle c'est aussi le suivi thérapeutique à chaque délivrance. Ce n'est pas banal de délivrer une benzodiazépine. On va à chaque fois remettre cela dans son contexte être attentif à tous les signaux que pourrait nous envoyer le patient du fait que la benzodiazépine est encore moins indiquée que d'habitude.

- Selon vous, quel serait le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ?

Si il y avait une mise en place d'une déprescription beaucoup plus systématique avec un schéma d'accompagnement bien type avec un support financier défini, car c'est cela qui bloque actuellement, nous serions tous partant je pense !

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?

Qu'entends tu par suffisante?

- Est ce qu'ils s'impliquent suffisamment?

Tu voudrais dire que systématiquement des rapports devraient être envoyés aux médecins?

- Pas nécessairement. Autre question: Est-ce que en général les pharmaciens vont rappeler à chaque délivrance les effets néfastes?

On ne va pas pour tous les patients le rappeler à chaque délivrance car il faut pas que le patient...(réflexion) c'est une question de diplomatie par rapport aux patients C'est l'informer sans le juger ni le bassiner. Le mieux c'est d'abord d'installer le dialogue. Les problèmes de sommeil sur quelque chose qui prend beaucoup de place dans la vie des patients point donc la première chose De rappeler les mesures d'hygiène de vie, de savoir comment le sommeil se passe chez la personne âgée, des fractionnements qui sont différents, des micro réveils etc. Ca on fait certainement, c'est notre rôle en amont de la délivrance de bzd mais qui est bien présent aussi. Notre rôle d'éducateurs à la santé, il dépasse largement le cadre de la délivrance de la benzo.

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui devrait exclusivement être réalisé par le médecin ?

Nous autres on insiste fort sur les effets potentiels, les interactions, la nuisance au long cours que peuvent entraîner les benzodiazépines et z-drugs. Après je pense que si l'on est pas soutenus par le médecin dans ce discours-là, notre discours est un peu vain. Puisque c'est le médecin qui choisit quel médicaments sont prescrits, nous autres nous avons un rôle de soutien et de cohérence par rapport à ce que le médecin dit.

- Par exemple l'impulsion d'un sevrage de benzodiazépines, est-ce que vous trouvez que cela doit être absolument initié par le médecin traitant?

Non pas spécialement. Ça peut vraiment venir du patient. Tant mieux. Et donc à ce titre-là, pour que ça vienne du patient, les campagnes d'information tout public sont vraiment très importantes. Et d'autre part nous voyons souvent plus souvent le patient que ne le voit le médecin. Il faut donc que l'on réagisse au moindre signal d'alerte, à la moindre partie du discours du patient qui montrerait qu'il est prêt à cela.

- **Thème 2B :**

- Nous passons maintenant à la place du généraliste. Quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription, de ce que vous vivez en tant que pharmacienne ?

Pour l'instant pratique il n'y a pas grand-chose qui est bien souvent mis en place. La plupart du temps, quand des bzd sont prescrites, il est rare de voir un sevrage potentiel. Souvent il peut y avoir un changement par rapport à une hospitalisation. Mais même là, il y a parfois juste un changement de molécule, une diminution de dose. Mais un vrai sevrage, c'est quand même peu fréquent.

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du médecin mais qui doit être exclusivement réalisé par le pharmacien ?

Si l'on pense au fractionnement des doses en préparation magistrale de la bzd, la prescription viendra du médecin et la réalisation du pharmacien. Puisque le fait de couper des comprimés s'avère à un moment plus suffisant.

- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste ou du généraliste dans la déprescription ?

Tout récemment, on a un cas de sevrage mais où le patient fait de la résistance dans le sens où il a peu suivi le schéma ou qu'il a mal suivi le schéma qui avait été proposé par le médecin et donc il revient vers nous pour que l'on refasse des gélules, se trompe de dosages, nous met la pression pour que les lui donne car il n'en a plus. Ca fait partie du travail, forcément. C'est pas médecin-pharmacien et le patient qui avale sans rien dire, il faut vraiment le considérer comme un triangle.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en termes de prescription de bzd ?

Et bien comme n'importe quel collaboration au long court que l'on peut avoir sur n'importe quel sujet actuellement... Quand la collaboration est fluide, tout le monde est gagnant, le médecin, le pharmacien, le patient.

- Ça dépend fort du médecin à qui vous avez affaire et de la qualité de votre communication entre vous?

Oui vraiment.

- Et en général, si vous devez prendre l'ensemble des médecins avec lesquels vous travaillez?
Globalement, ça se passe vraiment bien. À partir du moment où on prend contact dans les bonnes conditions, on vient auprès du médecin avec un sujet précis en partageant notre souci de bien faire pour le patient, ça se passe évidemment bien.

- Selon vous, est-elle suffisamment pratiquée ? Ou est-ce qu'il y a une certaine frustration à ne pas savoir communiquer avec certains médecins, pq pas joignable ou pas demandeur?
Oui, bien sûr. Comme n'importe quelle communication entre deux personnes, c'est pas toujours optimal. Et à ce sujet-là, systématiser les choses en prenant des canaux de communication bien spécifiques en ce qui concerne la déprescription de bzd où tout est déjà packager, ça faciliterait le travail de chacun. Chaque situation de santé est bien particulière et je ne sais pas si un canal bien précis pourrait être applicable d'emblée. Je comprends fort bien ton souci de créer quelque chose qui soit systématique. Après, est-ce que ça sera applicable dans la pratique?

- J'espère pouvoir continuer sur ce sujet dans un second temps.

- Quels sont les freins à cette association entre médecins et pharmaciens?
Le temps, ça tu l'as bien dit.
La disponibilité immédiate.
Le fait que pour l'instant, il n'y ait pas de chose établie.
Et peut-être pour les médecins plus âgés, je ne dirais pas le manque d'intérêt, mais heu (réflexion) peut-être que les médecins plus jeunes y sont plus sensibles et ont été éduqués au stopp and start.

- Quelle est la responsabilité du pharm/méd dans la difficulté actuelle à coopérer ?
On rencontre encore des réactions très formelles et épidermiques du genre "c'est moi qui fait les ordonnances donc c'est moi qui ordonne", c'est encore pratiqué.
Il y a aussi la surcharge du médecin généraliste. Donc quand on vient avec une demande, ça s'ajoute à sa longue journée de travail.
Je pense que trouver le canal de communication propre à chaque médecin, certains préfèrent être contactés par mail et d'autres par téléphone, la disponibilité, c'est la première chose à mettre en place. Il y a des médecins que l'on arrive jamais à joindre.

- Pouvez-vous me décrire la dernière fois où vous avez contacté un médecin?
Hier ma collègue, pour un problème d'allergie.

- Cela s'est passé par mail/ téléphone? Est-il joignable tout de suite?
Par téléphone et oui pratiquement.
On sait bien qu'on peut envoyer un texto, les canaux sont multiples et variés. Et en général quand on a posé la question au médecin de savoir comment il aimait être joignable, on sait comment il fonctionne. Notre pharmacie reçoit beaucoup d'ordonnances de prescripteurs des environs, tout le monde se connaît bien.

- Est-ce que les médecins viennent se présenter à vous?
Rarement, mais ici il y a quelques jeunes médecins qui se sont installés dans la maison médicale sur la chaussée et eux sont venus. Notre collaboration est très précieuse car ils ont été très présents en période de covid entre autres. On sait qu'à la maison médicale il y a tout le temps quelqu'un. C'est vraiment un lien précieux.

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque vous appelez le médecin son absence ?
Cela ne se fait jamais sans son accord.
Il y a peut-être deux volets;
1/ le patient qu'on a habituellement à la pharmacie
2/ le patient étranger qui vient pour une demande de z-drugs

Heu peux-tu me rappeler la question?

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient? Est-ce que vous allez rappeler le patient après? Est-ce que vous allez demander l'accord parce que parfois il y a une longue file de clients et donc vous ne pouvez pas vous permettre d'appeler le médecin à ce moment-là?
Éthiquement on ne peut rien faire sans l'accord du patient. On doit respecter le lien de confiance patient-médecin, c'est la base de la communication. Et puis après on gère au mieux.

- Cela vous arrive-t-il de rappeler le patient après avoir reçu l'accord du patient car impossible de gérer la chose directement?
Oui bien sûr. Le but est que ça soit confortable et gérable pour chaque partie (pharmacien, médecin, patient). Chaque situation est particulière et on fait au mieux.

- Je ne savais pas que vous étiez dans l'obligation d'avoir l'accord du patient pour joindre son médecin si vous étiez inquiète...
Ca je peux te retrouver l'article juridique, je regarderai.
Et quelque part, c'est la base de la base. A partir du moment où on prend le patient comme acteur de sa propre santé, on est vraiment plus comme un modèle où il n'est pas au centre.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devrait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd ?

Bah je pense qu'il faudrait tous travailler en équipe quoi, médecin-pharmacien et patient. C'est ce que je te disais de nouveau, c'est de continuer à informer en faisant des campagnes sur le fait que les benzodiazépines sont inappropriées au long court, c'est vraiment quelque chose d'important. Et à ce titre, tous les effets sur la mémoire etc. sont très peu diffusés. Ce qu'on connaît, c'est le risque d'accoutumance. Le risque de chute, les patients, ils y sont plus ou moins sensibles... Et encore c'est souvent quand c'est trop tard (rire), quand il y a eu une fracture ou ce genre de choses. Et donc c'est comme d'habitude heu, on voit ce qui est important pour nous au moment où on en a besoin et donc la qualité de leur sommeil pour eux c'est primordial... Je pense que tant que le patient en tant que tel n'est pas convaincu, on peut collaborer autant qu'on veut médecins-pharmaciens, ça ne marchera pas.

- C'était justement ma question suivante. Quand le patient a été mis au courant par son pharmacien des tenants et aboutissants d'un traitement bzd (parfois les patients n'ont pas été mis au courant si traitement démarré en hospitalisation par exemple) et qu'il semble convaincu qu'un sevrage est nécessaire, sous quelle forme collaborez-vous avec le médecin ? Contactez-vous le médecin sur accord avec un patient ? Est-ce que vous renvoyez le patient vers son médecin ?

De toute façon, on va informer le patient que c'est quelque chose qui prendra du temps, que ça devra se faire en accord avec son médecin. Et après, on est de toute façon dans un changement de posologie donc on initie pas un changement de posologie sans l'accord du médecin. On va informer et renvoyer le patient chez son médecin. On peut imaginer proposer au patient de diminuer tous les x temps d'1/4 de comprimé par exemple mais en fait non, chaque situation est tellement spécifique.

- Et si on imagine qu'il y a urgence ? Le patient est tombé la veille, n'a rien de cassé mais vient chez vous... ? Évidemment qu'on le renvoie chez son médecin. Il lui faut un check up global. C'est un processus au long court qui va devoir s'inscrire dans une démarche complexe de prise en charge. Le pharmacien peut initier l'idée et le renvoyer chez son médecin mais après ça doit être géré par le médecin.

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc.) de déprescription des benzodiazépines ?

Dans les programmes informatiques actuels, il est prévu que plus tard il y ait des mails automatiques qui puissent être envoyés au médecin à partir de la délivrance des produits, quelque chose comme ça.

Pour l'instant, avec les prescriptions électroniques, si je change un produit par une autre spécialité parce que la première est manquante ou ce genre de choses, j'ai l'occasion de cocher dans la délivrance "modification car produit manquant avec accord du prescripteur" et donc cela peut être justifié comme ça.

Et le système est prévu pour que, au long court, il puisse y avoir un échange de mails entre nous directement à partir de là. En pratique, ce n'est pas encore comme ça. Avec la dématérialisation de prescriptions, je ne sais pas comment ça va évoluer, c'est trop neuf, et là on a plus rien en fait.

- Justement dans le but de ne pas déranger le médecin durant ses consultations, ne pas lui faire perdre de temps en temps à essayer de ne pas vous perdre de temps à essayer de l'appeler 10 fois alors que vous avez plein d'autres choses à gérer dans votre journée intégrer cela vous semble facile d'avoir des mails intégrés dans votre logiciel ? Ça vous semble être un moyen efficace ? Oui, pour autant que le médecin le lise. Cela permet de ne rien divulguer, de respecter les règles RGPD. Et donc si il y a un consensus de déprescription qui s'établit dans ce sens ou d'office on passe à 1/2 durant x temps puis 1/4 durant x temps, alors ça serait très simple car on mettrait en place la procédure de déprescription.

- oui et le médecin pourrait mettre en place un schéma de déprescription qu'il enverrait sur une plateforme ... Oui c'est ça, avec les préparations magistrales délivrables de telle date à telle date et tout serait hyper précis quoi.

- C'est vrai que pour le patient, avoir un cadre bien établi ça peut être rassurant. Qu'il voit qu'il y a une vraie collaboration entre les deux. C'est indispensable pour qu'il se sente soutenu.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Certainement le financement de ces actes de collaboration et puis dans le cadre de la déprescription, un remboursement potentiel ou en tous les cas un système financier qui ferait que cette déprescription sous forme de préparations magistrales ne soit pas hors de prix pour les patients.

- C'est fort cher pour l'instant ? ah oui !

- Au Canada, pour l'instant, lorsque les pharmaciens réalisent un processus de déprescription, ils prennent le temps de faire un mini entretien avec le patient qui est rémunéré. Est-ce que en Belgique, cela pourrait être envisageable ? C'est déjà le cas en Suisse. Pour tout ce qui est polymédication, il y a déjà beaucoup de choses mises en places, en France également, Allemagne, Pays-Bas. On est un peu à la traîne par rapport à cela. Chez nous, il y a des financements concernant les discussions médico-pharmaceutiques qui sont mis en places mais ça ne prend pas beaucoup d'ampleur, il faut vraiment insister. Alors qu'il y a beaucoup de programmes qui sont validés par l'INAMI. Il pourrait en effet y avoir des mini programme plus court pour les bzd qui soient plus faciles d'accès, facile à mettre en place.

- Et vous pensez que les pharmaciens seraient tentés de réaliser ces mini entretiens si il y a un code INAMI ? Alors, pour l'instant, les entretiens pour bon usage des médicaments du système respiratoire (Entretien BUM) ou encore ceux pour la gestion du diabète, ce sont des procédures qui sont très lourdes. Au niveau professionnel et formatif, on insiste vraiment sur l'intérêt de ça mais je pense que l'information des médecins n'a pas été suffisante pour que la collaboration soit pleinement efficace et mise en place et la procédure est très lourde pour être mise en place dans un contexte rapide.

- C'est parce que vous avez du mal à l'organiser à la pharmacie ou parce que les démarches...?
... Alors nous on le fait très spontanément pour tout. Donc systématiquement quand il y a un dispositif respiratoire, on montre comment ça fonctionne, on donne au patient un schéma écrit et dessiné, on lui fait manipuler le devise. Donc dans la pratique, on le fait mais pour remplir les papiers signés du BUM avec le premier entretien, le deuxième entretien, la procédure est longue quoi, il y a des papiers à faire signer par le patient etc.

- Moi qui pensait qu'il suffisait que je prescrive l'entretien BUM
Ah oui dans la théorie, tout est super bien mis en place et simple mais dans la pratique, ça demande une gestion formelle qui prend du temps, si on veut faire les choses correctement. Après il y a des pharmaciens qui font des BUM raccourcis et qui font signer le papier malgré tout au patient. Je ne sais pas trop comment ça se passe ailleurs. Mais nous on le fait systématiquement sans faire payer le BUM à l'INAMI.
Tout ça pour dire que si ça s'inscrit dans un processus de déprescription de bzd, il faudrait envisager un principe qui soit plus pratique, plus court, moins contraignant au niveau des papiers.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus (par exemple un cadre bien défini avec une paperasse allégée), quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ? Vous avez déjà cité le prix des magistrales, est-ce qu'il y a autre chose?
Je pense que le prix des magistrales est le frein principal.

- Vous pouvez donner un ordre de prix?
Je ne sais pas te le dire comme ça mais je peux t'envoyer cela après l'interview.

- Est-ce que pour vous, il y aurait d'autres facteurs qui aideraient à un abandon durable de la molécule par le patient?
On a déjà parlé de la motivation du patient qui vient en tout premier lieu et donc tout ce qui est éducation thérapeutique à la base est vraiment la chose qui va aider à l'accompagnement jusqu'au bout.

- Est-ce que les pharmaciens sont formés à l'entretien motivationnel justement?
Alors, je crois qu'il y a des cours maintenant qui se donnent de façon systématique maintenant et c'est régulièrement abordé dans plusieurs cours en formation continue, en autre en ce qui concerne le sevrage tabagique etc. On a tous une formation de base avec les principes majeurs qui sont utilisés pour ça. Mais l'entretien motivationnel au long court dans toute sa complexité, ne se fait pas au comptoir. Par contre l'idée est présente.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.) ?
Bien sûr, je veux dire à partir du moment où ça s'inscrit dans une démarche qui est connue par le patient, de pouvoir être accompagné dans son cheminement vers d'autres choses, oui bien évidemment!

· CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?
Les z-drugs ou bzd qui sont prescrites chez le patient âgé depuis longtemps, pour moi ce sont deux choses qui sont complètement différentes, qui ne vont pas être gérées de la même manière. Pour une z-drug, on est souvent confrontés à une copie d'ordonnance, du shopping médicamenteux etc.

Très bien ! Merci beaucoup.

- **Interview Pharmacien 2**

1. **Thème 1 :Présentation**

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc ?
Je m'appelle ****. Je suis pharmacien depuis 2015. Ça fait 6 ans que j'exerce.
J'ai fait plusieurs types de pharmacies. D'abord j'ai travaillé dans une grosse pharmacie qui fait beaucoup de bandagisterie, d'homéopathie et de choses comme ça. Et puis maintenant, je suis plus dans des pharmacies de quartier. Une petite de quartier et une un peu plus grande aussi et très nature.
Donc j'ai deux types de pharmacies et deux types de patients aussi.
Qu'est-ce que je voulais dire d'autre sur moi? Rien.

2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?
Moi personnellement j'ai jamais aidé quelqu'un à ne plus en prendre mais j'ai déjà sensibilisé plusieurs fois. Mais jamais en contact avec le médecin. Donc plutôt "vous êtes sûr que vous avez besoin de ça?". Parce que le médecin prescrit assez facilement ou en tout cas dans ce cadre là il avait prescrit facilement. Et la personne disait "je sais même pas si je vais l'utiliser, je vais prendre qu'1/4 de comprimé blabla" et à ça je lui dis "mais vous avez d'autres alternatives?". J'ai moi-même engagé la discussion mais au final le médecin n'est même pas au courant je pense.

- Ca c'est pas grave. Mais dans ton expérience ça t'arrive souvent de...
Oui très souvent même. Si c'est limité à une courte période et que la personne sait ce qu'elle prend, voilà je peux comprendre que c'est nécessaire à certains moments de la vie d'avoir besoin de ce genre de médicaments. Mais je les préviens qu'après 1 à 2 semaines, il y a une accoutumance qui se crée et je leur explique les alternatives qui existe sur le marché. Personnellement, je préfère conseiller de la valériane, de la passiflore, de la mélatonine si c'est pour dormir. Si c'est pour l'anxiété, il y a des fois des alternatives comme les fleurs de Bach.
Donc personnellement je l'ai déjà fait et les patients sont contents. Après ils reviennent et disent "ah beh merci au final j'en avais pas besoin". Mais par contre c'est pas en collaboration avec le médecin.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ?
Oui parce que il y a certains patients avec qui le dialogue n'est pas possible ou qui prennent cette bzd depuis 20 ans et que là il y a pas de dialogue possible parce que "mme sans ça je ne sais pas dormir" ou "sans ça c'est pas possible".
Après je sais qu'il y a certains pharmaciens qui ne donnent pas trop de conseils par rapport à ça parce que ça dépend du rôle que le pharmacien croit avoir pour la société ou pour son patient. J'ai certains collègues pour qui c'est "le pharmacien a dit que donc je donne ça" et ils ne se voient pas changer. Après ça dépend aussi des patients car j'ai des connaissances ou des amis qui viennent pour avoir mes conseils et qui si il y a quelque chose à dire ou à faire, attendent de moi que je le dise alors que quelqu'un de ma belle-famille me dit "moi je vais d'abord chez le médecin et je vais juste chez le pharmacien pour recevoir ce que le médecin a prescrit donc j'attends pas de lui qu'il change ce que le médecin a dit. J'ai confiance en mon médecin et moins en mon pharmacien". Ca c'était très choquant pour moi la première fois où je l'ai entendu parce que j'avais quand même un rôle ou je pensais en tous cas en avoir un car il y a de nombreux patients qui vont d'abord chez leur pharmacien avant d'aller chez leur médecin pour tout autre problème. Je ne parle pas dans ce cas. Et qu'elle me dise "Non moi le pharmacien, c'est juste que le médicament est chez lui que j'y vais mais que c'est juste un commerçant qui doit me vendre ce que le médecin a prescrit", ce genre de patient, il vaut mieux pas trop le contrarier car il aime son rapport avec son médecin.

- C'est bien tu as répondu partiellement à la question suivante:

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ? Toi tu as tendance à dire que beaucoup de pharmacien ont tendance à se limiter à la délivrance du médicament mais selon toi, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ?

Idéalement il faudrait que le dialogue avec le médecin soit plus simple...

- Ca on y revient après. Mais donc ton rôle idéal à toi?
Ca serait de décider par moi-même ou avec le patient évidemment. Par exemple pour faire le sevrage, il y a, je pense, un formulaire pour diminuer progressivement mais pas trop vite les benzodiazépines. Idéalement ce serait donc de pouvoir décider pharmacien et patient, avec oui ou non un mail au médecin, si il veut l'arrêter ou le diminuer.

- Donc en dehors du rôle explicatif et informatif au patient, il y aurait aussi un rôle d'initiation?
Dans l'idéal oui et je pense que c'est un rôle que le pharmacien devrait jouer pour la société. C'est d'être plus présent dans le suivi thérapeutique du patient que juste dans la délivrance des boîtes et l'explication des posologies. Ca c'est ma vision et je pense qu'il y a deux trois pharmaciens à Bxl qui sont à fond là-dedans et qui se bougent à fond pour que ça change.
Il y en a aussi qui sont intéressés uniquement par la vente de leurs boîtes, qui sont attirés par l'argent que ça va leur rapporter et qui s'en foutent un peu du bien-être du patient. C'est un peu raccourci mais ça sera; "vite servi, vite chez lui et puis si il se sent pas bien c'est son problème".

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?
Chaque pharmacien décide au final de la place qu'il va prendre avec son patient. Et comme on disait, tous les patients ne sont pas réceptifs non plus. Mais qu'en tous cas ce soit possible de plus facilement dialoguer avec le médecin et de plus facilement entreprendre ces démarches. Comme tu disais, si il y a un formulaire que tu peux donner facilement au patient si il a pas le temps de passer 30 mn avec le pharmacien.

- Et parfois le pharmacien n'a pas le temps non plus

Oui. Après ça se prend le temps il va il va te dire qu'il n'a pas le temps parce qu'il doit faire si ou ça etc. Mais après c'est un rôle important donc il faut prendre le temps.

Relances :

- Quelles informations pourrait donner le pharmacien au médecin traitant d'un patient commun à propos d'une possible déprescription ou d'une consommation pathologique ? Quelles informations tu donnerais à un médecin sur le sujet?

Déjà il faut savoir qu'avec les benzo, il y a beaucoup de patients qui demandent des avances. Je ne sais pas si tu l'as déjà entendu mais voilà. Nous on est un peu les gardiens du médicament. Mais on est liés aux médecins Par rapport à cette délivrance de benzo car si on avance trop de médicaments c'est nous qui sommes en fautes. mais pour les patients l'on connaît on pourrait lui avancer la boîte ou une plaquette ou quelques comprimés mais toujours en communication avec le médecin.

C'est ça que tu posais dans la question.

- Oui et est-ce que tu donnerais d'autres informations au médecin à propos de bzd?

Après avoir si le patient est d'accord que l'on parle de ses problèmes car parfois on est au courant d'un problème (sa mère a si par exemple). Ce problème nous sensibilise sur le fait qu'il a peut-être besoin d'une benzo. Donc oui on peut dire au médecin ce que l'on a ressenti et il aura plus confiance en nous "oui docteur j'ai besoin de ma boîte". Mais ça reste subjectif.

C'est moi à la fois moi qui vais penser que peut-être qu'il en a besoin et qui vais sentir aussi la confiance dans est-ce qu'il va me ramener l'ordonnance dont j'ai besoin? C'est les deux choses. Souvent le médecin est au courant des problèmes du patient et souvent il n'est pas opposé à la délivrance mais aussi il veut que le patient vienne à sa consultation. Il y a ce problème aussi. Dans les médecins ils ne sont pas tous non plus bienveillants envers les patients et veulent leur vingtaine d'euros de consultation pour donner une ordonnance.

Et je ne sais pas si on va en parler aussi mais la surconsommation de médicaments est vraiment très présente pour encore beaucoup de benzodiazépines.

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?

Le diagnostic. Nous n'allons jamais diagnostiquer une dépression ou une anxiété. On ne pourra jamais initier le traitement. Nous on peut inciter le patient à aller consulter pour que le médecin fasse son diagnostic. Mais ça en tant que pharmacien on ne délivrera jamais un lyanxia parce que ...

- Et dans la déprescription?

Pour moi justement il y a un vrai rôle à jouer et je suis convaincue que si le pharmacien a le droit d'initier une déprescription, il y a des choses à faire.

- Est-ce que tu penses que si un jour vous avez plus facile, car il y a un vrai cadre autour, de démarrer un sevrage avec un patient et de l'accompagner, vous pouvez faire ça sans prévenir le médecin? Ou est-ce que d'office tu avertirais le médecin que tu démarres un sevrage avec tel de ses patients?

Non. Pour moi le médecin sera d'office au courant parce que le patient à la prochaine consultation va d'office lui dire.

Tout comprimé en moins est favorable et donc autant l'initier à la pharmacie si le cadre est légiféré, autant commencer directement et le médecin sera mis au courant dans les semaines d'après. Il faut qu'il soit au courant car sinon le discours qu'il aura lui ne sera pas le même que le mien ça aura moins de poids sur le patient. Ca serait bien de pouvoir avertir le médecin via ehealth ou je sais pas quoi que le patient est sensibilisé à la cause et alors le médecin pourra lui en parler plus longuement lors d'une consultation. Car nous n'avons pas un petit bureau. Parce que parfois les patients sont gênés aussi d'en parler au comptoir car il y a d'autres personnes à côté alors que chez le médecin, il n'y a personne donc ils peuvent plus facilement en parler.

- **Thème 2B :**

- Parfait maintenant on a bien abordé ce que le pharmacien pouvait faire en déprescription. Maintenant pour parler du généraliste, c'est intéressant d'avoir aussi l'avis du pharmacien. Alors dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ? Est-ce qu'il le fait assez? Est-ce qu'il le fait bien?

Non moi j'ai peu d'expérience de déprescriptions et très rarement des schémas dégressifs de benzo. Moi j'en ai peut-être eu deux fois en 6 ans. Vraiment pas beaucoup. Alors je sais pas si c'était l'initiative du patient lui-même qui voulait diminuer sa consommation ou si c'est le médecin qui l'avait encouragé à le faire et donc prescrit des doses dégressives. Je sais juste qu'il ne faut pas aller trop vite et pas se dire aujourd'hui je prends un demi et demain matin j'arrête. Il vaut mieux prendre un demi pendant un temps. Ou ¼ ou 3/4 ou je sais pas quoi. J'ai rarement eu le cas de prescriptions de doses dégressives.

- Selon toi, selon ce que tu vois, il y a peu de rôle informatif du médecin envers son patient concernant les benzodiazépines? Est-ce que tu as des retours les patients quand tu donnes des informations sur les effets secondaires, en mode "oui oui mon médecin m'a dit" ou pas Je pense ça dépend vraiment du médecin parce qu'il y a beaucoup de médecins qui prescrivent très facilement des bzd sans expliquer du tout ce que c'est. Je pense qu'il y a une grande partie mais je ne sais pas combien de pour cent. Sans doute 50 voir 60 même.

Après chacun est libre de poser la question aussi de qu'est-ce que vous m'avez prescrit ? est-ce que ça va...? fin , Est-ce que ça va me soulager vite? Est-ce que je vais devoir continuer ça longtemps? Souvent ils posent ce genre de questions. Je trouve ça important que chacun prenne en charge sa santé après quand on parle les personnes âgées souvent elles ont juste confiance en ce que le médecin a prescrit sans se poser trop de questions sur les effets secondaires, les possibles dépendances et après quand elles ont vu que ça fonctionnait bien elles ne veulent que ça. Après il y a aussi ces histoires de génériques "alprazolam ça ne fonctionne pas du tout alors que le Xanax super bien", il y a un peu de placebo dans l'histoire.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription? Qu'est-ce qu'il pourrait faire de plus?

Déjà informer. A la première prescription "voilà ce que je vous ai prescrit, Idéalement pas trop longtemps, Voici l'indication, Sachez qu'il y a un risque d'accoutumance".

C'est juste une phrase et peut-être lui remettre un petit formulaire. Après ça va peut-être en dissuader plus d'un! Au moins une légère information. Si ce sont des patients polymédiqués, ils ont déjà tellement médicaments, voir si c'est vraiment nécessaire.

- Et comme ici on est dans le cadre d'une déprescription, le patient prend malheureusement déjà la molécule depuis un certain temps, quel est le rôle idéal du médecin quand il a le patient âgé consommateur de bzd en face de lui ?

Mais déjà objectiver depuis combien de temps il en prend, si oui ou non ça lui fait du bien. Et puis souvent les gens ne veulent pas arrêter. Mais peut-être des alternatives d'autres choses qui existent et qui seraient moins mauvaises. Et voir si oui ou non il est motivé à l'arrêter ou pas. Après des gens sont tellement loin psychologiquement que jamais il serait prêt à l'arrêter et donc là que je sois médecin ou le pharmacien...

- Il existe Beaucoup de contre-indication à l'arrêt des bzd, notamment des anxio-dépressions sévères etc. Ce ne sont pas ces patients là qu'on va cibler mais par exemple des personnes âgées avec des gros risques de chute, des pertes de mémoire etc. C'est celle-là qu'on aime bien cibler.

Après sevrage, si il se fait, pas un coup bien sûr, il peut quand même avoir des effets secondaires.

- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription? Un médecin qui aurait initié un sevrage? Un sevrage trop brutal?

Non pas vraiment. J'ai déjà reçu une ordonnance qui prévoyait un sevrage progressif mais jamais eu de mauvaises expériences. Après j'avoue que j'ai pas suivi ce patient et je sais pas finalement si il a été arrêté. J'ai pas eu de mauvaises expériences. Après il y a plein de médecins qui ne veulent pas parler. Nous on mendie l'ordonnance ou on demande l'accord pour donner une avance. Mais il y en a pleins, si je leur propose de faire un sevrage, qui vont refuser bloc.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ?

Beh il n'y en a pas beaucoup de collaboration entre pharmaciens et médecins, je trouve, à tout niveau. La seule fois où on est en interactions avec eux c'est heu dans le cadre d'interactions qu'ils n'avaient pas vues. Fin, on est là pour ça mais heu... d'interactions entre deux médicaments, de risques des choses comme ça et là on les prévient et souvent ça se passe bien et ils sont contents qu'on les ait appelés. Et nous on est rassurés de les avoir eus au téléphone. Mais il n'y a pas beaucoup d'interaction, c'est quelques mails qu'on échange par rapport à certains patients polymédiqués mais c'est plutôt du pratico-pratiques que de la prise en charge.

- Et de la déprescription sur ce thème-ci, les bzd et z-drugs, tu n'en a pas vraiment vécue?

Non

- Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général ?

Oui. Je prépare toujours l'appel, je vais pas dire "ah oui qu'est ce que tu as écrit là?". C'est toujours d'abord on cherche, je prends toujours mon répertoire ou le CBIP pour lui proposer une alternative... Pcq c'est la première question qu'il va me poser. Et oui... Je me sens à l'aise de parler avec le médecin parce que je sais quel est mon rôle et je sais quel est le sien. Après les médecins sont souvent pressés, stressés et n'ont pas le temps parce que ils ont leur journée etc. et certains médecins travaillent en hôpital donc c'est dur de les joindre. Mais non, c'est souvent bref les appels avec les médecins et c'est souvent oui - non et assez efficace. On va pas discuter pendant 20 mn de mme X.

- Pour toi quels sont les principaux freins justement à communiquer avec le médecin?

Leur indisponibilité

- Tu ne sais pas comment les joindre?

On y arrive toujours, même si ça prend un ou deux jours. On arrive à avoir l'info de leur planning via quelqu'un ou leur secrétaire ou via l'hôpital. Et sinon, on trouve leurs informations comme leur numéro de téléphone ou leur mail via le système avec leur numéro Inami, ils peuvent rendre visible ce qu'ils veulent. Mais après ça met des fois deux jours avant d'avoir une réponse et quand c'est urgent, c'est long deux jours.

- Est-ce que il y a d'autres freins à la collaboration avec les médecins?

Tu veux dire quoi? L'appeler ? Le mail?

- Des médecins qui n'ont pas envie de collaborer, ou qui estiment que chacun son rôle par exemple?

Qu'on a pas de rôle à jouer, il y en a sûrement qui pensent ça. Mais après, quand c'est les médecins qu'on connaît ou des médecins généralistes du quartier ou du coin, ils savent qu'on va pas appeler pour rien. Donc ça aussi c'est important, si on appelle pour demander des bêtes questions il vont évidemment plus nous répondre quand ça sera urgent. Mais nous, ils sont assez réceptifs et valorisent notre rôle. Et je pense pas qu'ils soient dénigrants du pharmaciens devant le patient en disant il va juste vous donner la boîte et vous y aller vite. Souvent même ils disent demander conseil à votre pharmacien pour la prise de ça et ça car je n'ai plus le temps de vous expliquer. Non il y a souvent une bonne collaboration mais heu le frein c'est qu'ils ne répondent pas souvent, pas vite et il y a ceux qui ont pas envie de ... qui savent mieux que nous ce qu'il faut faire. Eux c'est vraiment que les appeler quand il y a un problème ou une vraie question.

- Pour toi, quelle est la responsabilité du pharmacien dans la difficulté actuelle à coopérer ? Quelles sont les raisons pour lesquelles le pharmacien n'aide pas?

Il faut qu'ils soient conscientisés du problème. Et ça comme je disais, il y a des pharmaciens qui le sont et qui prennent très à cœur la santé de leurs patients et d'autres qui s'en foutent, mais vraiment et qui ne veulent PAS avoir un rôle, qui disent ah non ça c'est le médecin qui fait, moi je donne juste ce que dois.

- Quelle est la responsabilité du médecin dans cette difficulté à coopérer?

Bah il ne sait pas dans quelle pharmacie va chaque patient j'imagine. C'est ça que tu demandes?

- Non. Dans la difficulté actuelle à coopérer entre nous, quelle est la responsabilité du médecin la dedans? Qu'est-ce qu'il ne fait pas bien? Tantôt tu disais qu'ils n'étaient pas joignables, est-ce que par exemple tu ressens un manque d'envie de leur part de travailler ensemble?

A mon avis, il y en a beaucoup qui ne sont pas prêts à travailler avec le pharmacien, dans le sens qui n'ont pas envie ou qui ne voient pas la valeur ajoutée du pharmacien. Ca encore, je ne sais pas parler à la place des médecins. J'imagine que c'est ça.

Relances :

- Cas concret : Pouvez-vous me décrire la dernière fois où vous avez contacté le médecin et pourquoi c'était ?

C'était il y a deux semaines pour ... ah attends je confonds deux fois mais heu oui! c'était pour des ordonnances pour une patiente qui avait énormément.

- Et tu l'as fait pas mail? par téléphone ?

Par téléphone

- Et tu l'as eu facilement au tél?

oui

- Autre petite question à part dans ce volet relation médecin pharmacien, Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence ? Par exemple, tu n'as pas le temps d'appeler le médecin devant le patient car tu as trop de monde dans la pharmacie, ou bien tu arrives pas à le joindre donc tu vas l'appeler plus tard, est ce que tu vas faire un feedback au patient? Comment tu vas t'y prendre pour qu'il soit inclus dedans et que ça soit pas?

... Ben donc je vais lui dire que j'ai besoin d'appeler le médecin, qu'il me donne ses coordonnées et que je le tiendrai au courant quand j'aurais une réponse. Et donc une fois que j'ai eu le médecin et la réponse, je rappelle aussi les patients. Mais c'est toujours aussi par téléphone.

- D'accord, et est-ce que tu estimes que tu dois avoir l'accord d'un patient pour appeler son médecin?

Ca c'est vrai que c'est une vraie question. heuuu je pense que oui. Je pense qu'il faut avoir son accord sauf dans le cas d'une interaction évidente (prolongation de l'intervalle QT blabla, que c'est une personne à risque car âgée, avec des problèmes de cœur blabla), là j'appelle le médecin sans trop expliquer au patient pourquoi parce que c'est un peu mettre le médecin dans une situation délicate. Dans le sens, "en fait il s'est vachement trompé hein". Ca c'est toujours délicat car il ne faut pas discréditer le médecin.

Ou bien madame untel qui veut encore une boîte alors qu'elle a déjà eu 4 avances, on fait rarement hein ça mais heu et donc là je vais lui dire "attendez je vais voir si il m'en reste encore" parce que je sais que si je lui dis que je vais appeler le médecin elle va me dire "pourquoi ?" alors que je sais qu'il faut maintenant il n'y a plus d'autre solution, je ne lui donnerai pas de boîte tant que je n'ai pas eu le médecin. Et donc j'explique juste la situation et souvent ils sont au courant de ces patients-là qui sont moins conscients de leur cas donc voilà. Et donc dans ce cas-là, dans le cas de benzodiazépines et du médecin, je ne le dis pas spécialement au patient mais je pense qu'il faut qu'il sache surtout si c'est pour son bien.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ?

Mais tu veux dire qui doit commencer?

- AH bien c'est la question suivante mais tu peux déjà y répondre

Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd? Donc on a un patient avec une conso qui est pathologique soit parce que il est vieux, soit parce que il en prend trop, soit parce que épisodes de sevrage quand il en prend pas...

Bah moi je dis le médecin qui doit entreprendre parce que il aura toujours plus de poids. Ce qu'il va dire au patient, ça va plus le convaincre que ce que moi je vais dire je pense. Parce que c'est le médecin et qu'il y a une hiérarchie qui est établie dans leur tête, surtout les vieux patients, c'est le médecin. Après c'était quoi la question c'était la façon d'entreprendre? Toujours dans le dialogue et l'entraide. Mais moi je suis sûre que ça ne fonctionne que si le patient sait que c'est pour son bien et comprend le fondement de l'histoire.

- Donc premièrement le médecin en parle avec son patient pour motiver le patient et il faut que celui-ci soit réceptif et une fois que le patient est réceptif qu'est-ce...?

...Il peut nous envoyer ou même mettre sur la prescription 'sensibilisation établie', 'diminution de la consommation à vérifier la prochaine fois'. Après c'est lui qui va vérifier sur le patient en a pris effectivement moins en fonction de quand il le revoit. Mais nous on pourrait avoir l'info via un Pop-up ou je sais pas quoi que le patient est prêt à diminuer. Après nous, ça ne nous concerne pas trop par rapport à la délivrance, il viendra juste moins en chercher ou moins souvent ou on devra préparer les préparations magistrales ou faire avec les 1/4 de comprimé. Mais oui si on sait qu'il y a eu un dialogue, c'est pas mal.

Après moi je veux bien initier le dialogue aussi mais il faut un outil. Toute seule comme ça, c'est plus difficile que si on me donne un petit papier où il est mis "savez-vous que?" et ça doit peut-être déjà exister.

- Ca dépend des molécules mais en général si tu vas dans les notices médicamenteuses, ils te donnent des indications (telle molécule tu diminue de cette manière-là), c'est vrai que c'est au médecin de donner le schéma car on va adapter à chaque patient. C'est souvent le médecin qui transmet un schéma au patient qui retourne alors chez le pharmacien.

Oui moi je pensais plus à un papier qui explique, même si ça fait longtemps qu'ils le prennent, "savez-vous que ce médicament peut entraîner ça ça et ça". Si vous le prenez depuis longtemps, il existe une solution pour diminuer. Ça doit pas être sponsorisé.

- Il y a une telle campagne il y a quelques années en Belgique. Et le pharmacien donnait au patient la brochure et celui-ci pouvait retourner voir son médecin après.

Mais au mois c'est patients là pourront en parler avec leur médecin

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc) de déprescription des benzodiazépines ? On disait que c'était souvent entre le médecin et son patient. Que le médecin va pas exemple donner un schéma dégressif à son patient, qu'est ce que l'on peut imaginer à l'ère du numérique, pour informer et inclure le pharmacien?

Un QR code spécial ahah. Recevoir une notification dans notre logiciel informatique lorsque le patient... Parce que là ils le font avec le vaccin covid, on sait personnaliser des Pop-up pour les patient. Comme on a des Pop-up par exemple pour les patients allergiques à telle molécule, on peut le mettre dans leur dossier pour que si une prescription arrive on délivre pas. Comme on a des Pop-up pour les interactions médicamenteuses. Et bien on pourrait en avoir un sur tel médecin - car il faut quand même savoir lequel vu que parfois ils ont plusieurs médecins, ils demandent pas au même pour pas qu'ils sachent - tel médecin a entamé la discussion et voilà. Mais après, nous en effet ça nous changerait pas grand-chose par rapport à notre rôle car le dialogue avec le patient a déjà été fait. Mais on pourrait dire au médecin, "c'est fait le patient a diminué de x comprimé", si il y a un dialogue informatisé ou quoi, ça serait bien. C'est beaucoup mieux que des mails. Car moi je vais m'occuper de ce patient telle semaine mais la semaine suivante je ne suis pas là, ma collègue ne va pas le faire et donc autant que ça soit lié au patient.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Tu parles niveau secret professionnel?

- Tout à l'heure par exemple tu parlais de la possibilité de démarrer un sevrage en tant que pharmacien

C'est vrai que pour l'instant je pense pas qu'on puisse. Ça pourrait être intéressant si le patient donne son accord. Il peut valider assez facilement avec sa carte d'identité maintenant, si il donne son accord. Oui ça serait chouette que le pharmacien puisse initier le sevrage sans le médecin tout en sachant

qu'il doit être mis au courant infirmière puisque c'est lui qui fait les prescriptions. Mais oui, que déontologiquement ça soit possible et qu'il n'y ait pas d'obstacle par rapport à ce que l'on peut ou pas le faire.

Mais comme je disais tantôt à propos du rôle du médecin et du pharmacien. Chaque médecin et pharmacien est différent, si on lui donne un possible rôle à jouer, il faut que tous les outils soient prêts pour qu'on puisse le faire.

- Et avec l'Inami, si on fait un parallèle avec les entretiens BUM, les pharmaciens peuvent être rémunérés du temps qu'ils vont passer à expliquer au patient. Est-ce qu'avoir ce genre de choses dans la déprescription des benzo stimulerait ?

Je pense, bien sûr. Après pour l'utilisation, ce n'est pas vraiment la même chose. Le BUM, ça prend trop de temps quand même, parce que oui on va utiliser le dispositif d'inhalation parce que c'est notre rôle. Mais je pense que dans le BUM tu as genre 8 questions pour savoir si c'est BPCO, si c'est depuis longtemps etc et ça on prend jamais le temps de le flager donc conclusion on touche jamais l'honoraire de BUM parce que on le valide pas. Alors que je pense que c'est une vingtaine d'euros. Moi je trouve que c'est bien cette histoire de BUM, que certains pharmaciens le font et sont très consciencieux, qui prennent le temps et donc c'est sûr que eux ça les récompense de leur travail. Mais dans le cas de la déprescription il y aurait aussi des questions?

- Il faudrait en tous les cas quelque chose de plus pratique à utiliser?

Oui, ça pourrait être une bonne idée pour stimuler l'envie de la collaboration pharmacien - patients - médecins. Ça peut être une bonne idée de créer un BUM spécial déprescription benzo. Après il faut qu'ils sortent, car là le Pop-up, c'est une fenêtre qui s'ouvre à chaque délivrance d'un produit d'inhalation si c'est la première fois que le patient vient pour ce type de dispositif. Mais à chaque fois que Mr X reçoit du Ventolin, ça ne ressort pas. Alors qu'ici, c'est justement le fait qu'il ressort trop qu'il faudrait qu'il apparaisse. Donc à quel moment, il va sortir?

- Ça serait peut-être un code INAMI que vous devrez introduire une fois alors que vous devrez continuer votre investissement au patient les fois suivantes.

Il y a aussi plusieurs choses avec le pharmacien de référence que l'on peut faire pour aider le patient qui est polymédiqué pour que ses moments de prise soient mieux ... Fin qu'il ait une vraie grille avec ce qu'il prend. Mais finalement on prend peu le temps de le faire sauf si il y a une vraie demande du patient. Et donc c'est rare qu'on dise "voilà on va faire le pharmacien de référence et je vais prendre le temps de vous faire toute la liste si il ne le demande pas. Seulement les patients consciencieux, et il y en a quand même beaucoup hein. Il faudrait qu'ils soient d'abord sensibilisés parce que jamais il va dire "ah il faudrait arrêter celui là".

- Donc celui toi, il faudrait d'abord des campagnes de sensibilisation et que le médecin en ait parlé avec son patient, pour que ça puisse marcher en pharmacie?

Oui, sinon c'est un coup dans l'eau quoi. Il va me dire "oui qu'est-ce qu'il me veut le pharmacien? Il faut pas que ça soit perçu comme une atteinte à sa vie privée. Aussi il y aurait beaucoup de patients qui ne serait pas d'accord je pense, comme ils ne sont pas d'accord d'être tracés, d'activer leur DPP ou je sais plus comment on dit, parce que ils le veulent pas, ils veulent que ça soit quand même un peu secret leur santé et pas que toutes les pharmacies de Belgique puisse savoir si oui ou non il prend ça. Il faudrait donc voir si ils sont d'accord que l'on communique à leur sujet avec le médecin si ils ont fait u BUM spécial déprescription. Est-ce qu'ils seraient d'accord qu'on communique les informations au médecin.

- Et de voir aussi si c'est au médecin de construire cet entretien BUM benzo ou si c'est au pharmacien.

Si ça doit être prescrit, ça sera très peu fait

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.). ?

Heu l'aspirine je pense pas qu'il faille l'arrêter mais ce n'est pas mon domaine ahahah.

- Explication sur aspirine uniquement en prévention secondaire

Ah l'aspirine j'étais pas au courant car je ne la vois que dans le cadre d'événements cardiovasculaires préexistants. Mais oui pour les IPP, il y a aussi une nette surconsommation mais moins problématique que les Benzo.

A part, ceux que tu as cités, je ne vois pas quoi d'autre. La déprescription du Pantomed, c'est sûr mais pour le reste je ne vois pas quoi. Après j'ai pas réfléchi

Donc oui ce cadre pourrait être utilisé pour d'autres médicaments mais principalement pour les bzd quand même puisque c'est là qu'il y a les principaux problèmes.

CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

Non peut-être juste que ce n'est pas toujours des pharmaciens qui servent les patients et qu'on a pas parlé du rôle des assistants mais que voilà dans une des pharmacies où je travaille, il n'y a que des pharmaciens donc là le problème est réglé mais dans l'autre il y a aussi des assistants et que si c'est l'assistant qui doit initier un discours, déjà il faut voir si il peut etc., il est pas à l'aise, et ça serait mal vu que j'intervienne dans une délivrance juste parce que... Ça serait pas juste. Il y a aussi une espèce de hiérarchie entre pharmacien et assistant mais qui souvent est très floue, le patient ne sait pas qu'il a affaire à un assistant et donc que dans ce cas ... Bon après il y a clairement des personnes qui demandent "est-ce que vous êtes bien pharmacien car je ne me fait pas servir par des assistants voilà, y en a ici dans le quartier. Mais donc pour l'assistant ça serait plus difficile à mettre en place car il est moins à l'aise que nous avec les effets secondaires, avec les interactions, avec les moments de prise, ils n'ont pas appris comme nous. Et donc ça, voir si oui ou non, ça pourrait être fait ou entrepris par un assistant .

Est-ce que j'ai dit tout ce que je comptais dire... oui une fois j'ai initié mais c'est pas dans ton cas car c'était une première délivrance donc ça sert un peu à rien.

- **Interview Pharmacien 3**

1. **Thème 1 : Présentation**

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc. ?
Donc moi j'ai 39 ans, je suis sortie de l'UCL en 2005, donc voilà, j'ai quand même une petite expérience ici. Heu j'ai toujours travaillé comme pharmacienne adjointe et ça fait quelques mois que j'ai repris le titulariat ici. J'ai assez vite ressenti au fur et à mesure des années une envie d'un peu me diriger vers d'autres choses comme la nutrithérapie. J'aime beaucoup. Donc j'ai fait la formation Cerdén à Bruxelles pendant deux ans et ça permet aussi d'avoir une approche plus préventive du patient par rapport à beaucoup de pathologies et pouvoir donner des petits conseils en plus, soit de complémentation, soit d'habitudes alimentaires à modifier par exemple. Voilà ça c'est un peu mon parcours

2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ?
Mon expérience, c'est que c'est quand même plutôt rare je trouve. On a eu quelques patients pour qui on a du faire un schéma en collaboration avec le médecin bien sûr qui lui même déterminait la diminution, de délai heu mais c'est quand même assez rare. Ça pourrait être une collaboration beaucoup plus active parce que forcément nous nous voyons les patients pour qui on pourrait l'envisager mais c'est une démarche qui est pas toujours évidente en tant que pharmacien de pouvoir contacter le médecin. On a parfois un peu, peut-être un peu peur de ce que le médecin va penser, car c'est finalement lui qui prescrit donc voilà.

- Pouvez-vous me livrer un exemple ?
Oui, on avait une grosse consommatrice d'alprazolam 2mg je pense. Elle était à quasiment à la dose toxique. Je pense que c'était 10 comprimés de 2mg, oui c'était un peu catastrophique. Et là on a vraiment eu un sevrage sur... ça a duré 1 an et demi. Et on est arrivés en fait. Là par contre c'était pas en magistral donc on a vraiment fait des délivrances au début c'était journalière puis hebdomadaires de ses comprimés pour pouvoir gérer. C'est vrai que quand elle venait on avait sous des angoisses et des choses comme ça à gérer. C'était du long terme, c'est une surcharge de travail aussi pour nous mais c'est une fierté aussi quand on y est arrivé. Ça c'était chouette. On a pas beaucoup, mais ça c'est quelque chose qu'on pourrait travailler, de magistrale dans la déprescription.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du type de patients, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ? Si vous pensez à une possible déprescription, est-ce que le profil du patient joue ?
Heu c'est surtout... j'ose en parler par rapport à l'hypnotique, moins pour les angoisses donc oui le type de patient.. Par rapport à quoi ?

- Et bien son âge, est-ce que c'est un patient isolé ?
Non. C'est plutôt au feeling. Il y a des patients qui nous font confiance et avec qui on peut aborder le sujet. Je pense qu'il n'y a pas d'âge. On a parfois réussi à le faire simplement avec des complexes de mélatonine et de plantes et voilà. Finalement ils n'en avaient pas vraiment besoin puisque c'était simplement de l'accoutumance et ça ne marche en fait plus vraiment.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?
La place actuelle, pour l'instant, c'est simplement ouvrir le dialogue avec le patient et essayer de lui dire qu'il peut en parler avec son médecin. Que ça existe.
Mais l'initiative, elle n'est pas toujours de notre côté, on ne peut pas outrepasser notre fonction.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ?
Ça serait bien sûr de pouvoir initier ce dialogue, ce que l'on fait déjà. Mais peut-être d'avoir un dialogue plus ouvert avec le patient par rapport à ça. Et vraiment de pouvoir... le schéma, on peut aussi le faire nous-même, heu on connaît peut-être moins bien le patient dans ses pathologies globales mais voilà on peut très bien faire le schéma, le transmettre au médecin et lui le valide ou pas en fait.

- Selon vous, la place du pharmacien n'est pas suffisante, il y a encore d'autres choses qui peuvent être mises en place ?
Ouai ouai !

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?
Les anxiolytiques, je pense que là... Le patient peut être déjà en dépression ou basculer en dépression et je trouve que là nous on est pas médecin justement.

- **Thème 2B :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?
Sa place actuelle... je pense qu'il y a du boulot dans la déprescription et dans la prescription déjà à la base puisque on en délivre quand même, c'est la folie ce que l'on délivre par journée en hypnotique. C'est quand même énorme. En Belgique, on est dans les plus gros consommateurs. Le rôle du médecin est peut-être de l'initier pour une ou deux semaines et de surtout ne pas le represcrire systématiquement, de dire au patient « voilà je vous prescris une petite boîte de zolpidem » – qui existe en 10 co – et ne pas mettre la boîte de 30 co en fait.

- Donc ça c'est vraiment avant la déprescription, mais une fois qu'on parle de déprescription... Soit un médecin généraliste qui récupère un patient sous benzodiazépines ou qui a initié par le passé, selon vous quel est son rôle actuel ? Est-ce qu'il déprescrit ou pas, comment il s'y prend ?

Moi je ressens plus une habitude de prescription en fait. C'est quand même assez rare qu'un patient l'arrête. Une fois que la machine est en route, j'ai quand même l'impression qu'elle ne s'arrête pas de façon générale.

- Est-ce qu'il y a des patients qui reviennent vers vous en disant « mon MG m'a parlé d'un possible arrêt de ma molécule », « il aimerait bien l'arrêter » ou c'est pas des choses que vous entendez beaucoup ?
C'est plutôt rare. Je pense que malheureusement, les médecins sont un peu débordés et c'est certainement une raison pour laquelle il n'y a peut-être pas assez de discussions et on se pose avec le patient et on se dit « est-ce que l'on ne pourrait pas envisager un arrêt », « est-ce que vous en avez encore réellement besoin ? ». Voilà

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ?

Dans le meilleur des mondes non, ça pourrait être le rôle du pharmacien mais ce n'est pas encore le rôle du pharmacien dans les mœurs.

- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription ?

A part pour des patients psychiatres où voilà oui, il y a des sonnettes d'alarme. Pour le patient lambda... Non généralement ils le font pas eux-mêmes en fait, ou ils changent de molécules

3. **Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien**

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ?

Je pense que ça pourrait être amélioré, qu'on pourrait vraiment y travailler. Justement, je pense qu'un pharmacien clinicien hospitalier à une belle collaboration et nous pas encore. On pourrait valoriser le métier de pharmacien d'officine via cette fonction donc pour l'instant c'est pas... Je pense qu'il y a un manque de temps des deux côtés aussi.

- Quelles sont vos expériences d'entraide avec un pharmacien/ médecin dans ce domaine ou plus largement ?

Quand on a une discussion, on peut voir d'autres thérapies aussi finalement. On peut lui parler de la sophrologie, de la méditation et ça ça peut être une possibilité. Maintenant, on a pas beaucoup d'échanges en fait.

- Vous sentez-vous à l'aise de travailler avec les médecins généralistes des environs en général ?

Oui mais ça dépend. Oui généralement, les médecins qui nous contactent, on est plus à l'aise que si c'est nous qui les contactons hein. Donc voilà, dans cette démarche-là oui on est à l'aise mais il y a plusieurs profils de médecins, on peut pas toujours avoir un feeling avec tout le monde.

- Y a-t-il des médecins avec lesquels c'est plus difficile de collaborer et pourquoi ?

Pourquoi ? Parce que je pense que, comment dire ? heu il y a des médecins qui ont surement leurs idées plus arrêtées et ils ont un certain âge, ils sont dans une certaine façon de travailler et ils ne voient pas l'utiliser de l'intervention du pharmacien donc c'est plutôt une question de mentalité.

- Quelle est la responsabilité du médecin généraliste actuellement dans la difficulté à coopérer ? Quelle est sa part de responsabilité ?
Donc le médecin qui ne coopère pas, pourquoi en fait ?

- Oui

Je pense qu'il est sûr de lui alors et que il n'a pas besoin du pharmacien.

- Ça serait une question d'égo du généraliste, et ça vous le ressentait parfois ?

Pour certains mais pas pour tous. Pour certains oui

- Quelle est la responsabilité du pharmacien dans la difficulté actuelle à coopérer ?

Peut-être qu'on doit oser prendre notre téléphone et ouvrir le dialogue en fait et qu'on ne le fait pas.

- Quels en sont les principaux freins à collaborer ensemble ?

On ne se connaît pas en fait. Il devrait y avoir plus de GLEM entre pharmaciens et médecins. Après, avec ma formation en nutrithérapie j'ai une fois organisé un GLEM pour les médecins de Mouscron sur les IPP et en fait ça c'est super bien passé. Finalement, on a peut-être quelque chose aussi à leur apporter. Il y a pas mal de chose qu'on leur a expliqué et c'était chouette finalement. Pourquoi pas des GLEM pharmaciens/médecins pour mieux se connaître ? Et même où le pharmacien présente quelque chose, ça doit pas toujours être un intervenant extérieur. On peut collaborer et ouvrir le dialogue comme ça en fait.

- Et est-ce qu'il y a d'autres freins comme une incapacité à les joindre, quelque chose comme ça ?

Non ça ça va, on a généralement les numéros de GSM.

- Et ses numéros, vous les avez car les médecins sont venus se présenter ?

Non c'est parce que, à force de travailler depuis un certain nombre d'années, quand on a le numéro de GSM on le note dans le dossier, on le garde précieusement et quand on a une urgence on se permet de lui téléphoner. Généralement, c'est la personne, la secrétaire, en cas d'urgence, qui nous le donne et on le garde et voilà.

Relances :

- Dans un thème plus large, quelle est la dernière fois où vous avez contacté le médecin et comment ça s'est passé ?

On contacte tous les deux trois jours un médecin je dirais. Donc voilà, à la garde de fin octobre j'ai dû contacter le médecin. Une dame qui avait eu une intervention gynécologique, la posologie de l'ordonnance électronique d'antibiotiques était totalement aberrante. J'ai dû contacter le médecin, la secrétaire de l'hôpital m'a donné son GSM, je l'ai contactée, la posologie évidemment était bonne, elle m'a donné la bonne posologie voilà.

- Et ça s'est bien passé ?

Ouioui

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la consommation des bzd ? le pharmacien ou le médecin ?

Je pense que c'est les deux, ça doit être un échange. On doit pouvoir se contacter l'un l'autre sans à priori, sans crainte et voilà je pense que ça doit être un échange et peut-être un peu plus travailler des magistrales qui ont quand même leur place dans la déprescription.

- Et ça serait pour quel type de patients ? Pour quel patient vous vous diriez, « là je vais contacter le médecin » ?

- Un patient qui nous fait la demande. Qui nous dit « voilà je prends ça depuis des années, j'aimerais bien l'arrêter ». Soit on le renvoie nous-même vers le médecin ou soit à ce moment-là on peut prendre notre téléphone et contacter le médecin. En fait ce truc de prendre le téléphone et contacter le médecin, le médecin est occupé chez un patient, il n'y a pas de bon moment donc il faudrait peut-être soit une plateforme ou quelque chose qui nous permette de... en fait il y a aussi ça, on téléphone toujours au mauvais moment en fait.

- Justement, sous quelle forme le contacte ? Au cas où le patient fait la demande et que vous vous dites, je vais contacter le MG pour que ça avance.

Par mail. Peut-être qu'on pourrait avoir les adresses mails des médecins et qu'on pourrait les contacter par mail comme ça on dérange personne et il nous répond quand il veut, quand il en a envie.

- Est-ce que vous auriez tendance à faire ça en présence du patient ou plutôt quand le patient est parti ?

Quand le patient est parti, bien à mon aise.

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc.) de déprescription des benzodiazépines ? On a déjà parlé des mails pour ne pas déranger. Est-ce qu'il y a autre chose, dans vos logiciels, qui pourrait permettre de dialoguer ?

Oui, on pourrait... par exemple le schéma de médication quand on active le pharmacien de référence, j'ai une icône où je peux l'envoyer par mail au médecin par exemple.

Ca pourrait être un moyen de notification oui.

- Vous recevez parfois des pop-up aussi pour certains patients. Donc je pense que quand un patient arrive et que vous vous mettez sur son compte, vous recevez certaines alertes. Est-ce que vous imaginez certaines alertes potentielles quand le médecin a sensibilisé son patient d'un arrêt probable

Oui des choses comme ça, comme ça on peut continuer dans la même lignée à l'officine. Après, on pourrait aussi avoir des pop-up pour... En fait il y a toujours cette DPP qu'on peut consulter, il y a les gros consommateurs de zolpidem ou autre. Et voilà, nous on consulte le DPP, on voit que ça fait du shopping et finalement là on a pas le pop-up. On doit nous-même aller voir dans la DPP si elle est activée et c'est des démarches en plus qu'on ne fait pas systématiquement quand on a un doute en fait.

- Et quand vous avez un doute, vous allez dans la DPP et qu'elle confirme votre doute, est-ce que vous contactez le MG prescripteur de la dernière prescription ?

Ca arrive souvent à la garde oui. Ou alors parfois on ne le délivre pas, on dit « voilà je vois que vous l'avez eu il y a 3 jours » et c'est des patients qui peuvent avoir eu 10 boîtes de zolpidem sur leur mois en fait donc je dis et j'assume de dire « désolée je vois que vous avez eu une boîte il y a 3 jours, je ne peux pas vous le délivrer ».

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Au niveau de ?

- De la législation. Par exemple, une rémunération pour le pharmacien puisque on sait qu'il est rémunéré par rapport à ce qu'il vend et pas à ce qu'il fait.

Oui, parce que ici on prépare des semainiers pour les patients mais on a aucune rémunération pour ça donc ça nous prend quand même du temps. On a des semainiers qui nous prennent plus d'une demi-heure. C'est du travail en plus et la demande va augmenter au fur et à mesure des années. Et je pense que dans les pharmacies, il faudrait prévoir un espace pour faire ces semainiers et une rémunération.

- Ok et pour les informations que vous fourniriez aux patients en proposant des alternatives aux benzo, un schéma de diminution etc. Est-ce que ça vous plairait d'avoir un code si on fait le parallèle avec les entretiens BUM ?

Oui et non parce que je trouve qu'on pourrait avoir tendance -après tout le monde ne travaille pas de la même façon- à encoder le code d'honoraire et finalement ne pas le faire correctement. Le pharmacien de référence, nous personnellement quand on le réalise, on le fait vraiment le schéma, on le donne au patient et on le modifie quand il le demande mais c'est tellement facile aussi d'encoder le code et de ne pas le faire.

- Et est-ce que quand vous faites le pharmacien de référence, vous revenez avec le patient sur ses différentes molécules, pourquoi il les prend et est-ce qu'il devrait peut-être en arrêter ?

Oui quand on a le temps oui. C'est toujours aussi ça qui... mais oui ! Là, ça nous permet vraiment de nous poser et de voir si il y a des choses qui ne sont pas justes, des génériques. Par contre, ce schéma de médication, c'est vraiment chouette à travailler avec le patient. Ils aiment bien parce que ils ont leur beau schéma, ils peuvent aller chez le spécialiste avec leur schéma. Après je pense que ce n'est pas encore au point car le spécialiste ne peut pas encore le consulter. Malheureusement (rires), ça fait 3 ans que ça doit être fait mais c'est toujours pas fait. On le fait pour nous et pour le patient mais il n'a pas d'intérêt en dehors. Alors que finalement, c'est notre métier, les médicaments. Là, il y a vraiment peut-être un manque de considération, parce que finalement pourquoi ce n'est pas encore au point ?

- Mais donc vous trouvez que grâce au pharmacien de référence, il y a une rémunération qui est juste. Et donc, au sein de ce pharmacien de référence, il pourrait y avoir une place pour la déprescription ?

Oui moi je l'intégrerais dans le pharmacien de référence.

- Et donc au niveau de la déontologie médicale, ça c'est donc vraiment les droits et les devoirs du pharmacien, est-ce que ça serait intéressant justement d'avoir un article qui dit justement que le pharmacien peut initier une déprescription si il a eu l'accord du généraliste, quelque chose de plus clair, est-ce que ça ça vous parlerait ?

Oui. Je pense qu'à partir du moment où à l'aval du médecin, on peut continuer seul. Mais il faut d'abord que le médecin nous fasse confiance, qu'il nous dise ok et après on peut accompagner le patient.

- Ca ça pourrait aussi s'intégrer dans les logiciels. Vous envoyez une demande au médecin et il donne son accord et puis vous vous pouvez lancer avec le patient. Ca ça pourrait être intéressant ?

Oui parce que finalement ce sont des patients qu'on voit très souvent. Donc voilà, et puis à la pharmacie, ils se confient parfois différemment aussi je pense, donc on a parfois une autre vue et oui bien sûr.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, on a un cadre beaucoup plus clair, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

Moi je pense qu'il faut vraiment prendre le temps de l'accompagner donc c'est pas seulement au comptoir, c'est aussi le prendre - de toute façon je pense que le métier de pharmacien doit évoluer comme ça- dans une petite pièce à part et faire une sorte de petite consultation et de pouvoir parler avec parce que je pense qu'à partir du moment où il est écouté et accompagné, on va vers la réussite. Je crois vraiment prendre le temps dans un espace privatisé et pas au comptoir quand il y a 5 personnes derrière, ça ne va pas ça.

- Et c'est quelque chose que vous faites dans la pratique ?

On aimerait faire mais on a pas la place dans la pharmacie pour l'instant. Mais je crois que les pharmacies doivent vraiment évoluer comme ça, d'avoir une nouvelle conception. Et oui parfois on prend quelqu'un derrière mais c'est jamais un espace idéal. Je pense qu'il faut vraiment un bureau, quelque chose d'agréable et pourquoi pas développer un peu de nutrithérapie, des conseils alimentaires parce que finalement on se rend compte que il suffit parfois simplement de manger des choses adaptées le soir et faire de la chrono nutrition en fait et avoir les bonnes choses au bon moment, la sérotonine en fin de journée, la mélatonine pour favoriser le sommeil donc ça c'est des choses qu'on peut travailler en dehors du comptoir.

- Et est-ce que vous pensez que c'est voulu par l'entière des pharmaciens, cette augmentation de l'information fournie aux patients voire même de micro-consultations ?

Je pense que c'est voulu par, je sais pas moi, 75% des pharmaciens ? Je pense oui.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine, AINS, opioïdes etc). ?

Oui, surtout les IPP. Moi je pense qu'il y a un petit souci dans les sorties d'hospitalisation. Les patients sortent quasiment tous sous IPP et heu voilà, ça pose quand même question. C'est pas toujours suite à la prise d'un anti-inflammatoire donc le patient peut se sentir confortable après et demander à son médecin généraliste de continuer. Les IPP, les benzodiazépines, c'est deux choses pour lesquelles on devrait vraiment travailler en fait.

- Et donc si il y a un cadre bien clair, pour vous ça serait superposable aussi avec les IPP ?

Oui, si c'est un patient qui prend juste un IPP par habitude et qui n'a jamais dû faire d'examen pour suspicion d'ulcère ou autre, oui dans ce cas-là on peut l'aider. Maintenant, les IPP, c'est un peu plus compliqué peut-être parce que il y a l'effet inverse qui se passe à l'arrêt du traitement donc il va l'arrêter mais produire d'autant plus d'acidité donc là il faut vraiment connaître son sujet aussi.

- **CONCLUSION**

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Et est-ce que après, vous voulez bien résumer l'entretien et dire ce que vous en ressortez pour l'avenir ?

Ajouter non, je pense que les questions étaient claires. Maintenant, en résumé, j'aurais tendance à dire que personnellement ce que j'aimerais c'est vraiment travailler ces petites consultations. Voilà, que ça soit pour les benzodiazépines, que ça soit pour de la nutrithérapie, que ça soit pour des conseils autres. C'est vraiment créer un espace dans l'officine, une pièce à part, où le patient se sent vraiment à l'aise et où il puisse vraiment être écouté car c'est ça aussi la clef de la réussite, c'est l'écoute.

- Vous pensez que vos patients seront preneurs de ça ?

AH oui oui oui ! Quand on donne des conseils au comptoir, voilà, les gens les prennent comme quelque chose de positif car ils nous font confiance. C'est quelque chose qui va plaire et fonctionner.

- **Interview Pharmacien 4**

1. **Thème 1 :Présentation**

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc ?

Je m'appelle ****, je suis pharmacienne depuis 1998. J'ai 46 ans depuis peu. J'ai fait un doctorat à l'unif en sciences biomédicales durant 5 ans. Je ne suis donc retournée à l'officine que en 2003 (j'ai pas quitté car je faisais tous les samedis mais voilà). J'ai fait un certificat en soins pharmaceutiques il y a deux ans pour avoir un refresh. Et je fais une formation en nutri pour les pharmaciens sur le CIN.

2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?

Et bien oui! J'ai assisté à une conférence sur la déprescription des bzd donnée par une pharmacienne dont je ne sais plus le nom. Ils nous avaient bien expliqué les petits schémas de déprescription. Et donc c'est vrai que quand des patients se plaignent, ils disent qu'ils aimeraient bien l'arrêter, ou quand parfois on leur propose quand même. Alors j'avoue que c'est surtout suite à la conférence. Et donc on leur imprime le schéma et on leur propose. Mais ce n'est pas très très fréquent.

- Et donc vous avez cette expérience grâce à votre formation et ça vous arrive de leur proposer?

Surtout lorsqu'ils se plaignent, qu'ils disent "oh j'aimerais arrêter" et des choses comme ça. Maintenant, une plus âgée qui prend ça depuis ad vitam, spontanément je ne vais pas aller lui proposer d'arrêter.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient que vous avez en face de vous - par exemple ici vous parliez de l'âge-, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ?

Oui parce que par exemple, nous faisons parfois des schémas de médication, parfois ils ne savent plus à quoi ça sert. Alors on leur demande depuis quand ça a été prescrit et pourquoi. Parfois ils ne savent même pas. Alors là, on se dit quand même que c'est peut-être plus utile et qu'on pourrait diminuer quoi.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?

C'est surtout qu'on voit toujours qu'ils reviennent avec leur prescription depuis... Alors que normalement c'est 15 jours que ça doit être prescrit. Et c'est toujours que des grosses boîtes avec des renouvellements etc.

Là ça n'a rien à voir mais pour moi la base c'est pas pour la déprescription mais c'est qu'on les prescrit trop vite. Alors je ne connais pas toutes les histoires des gens mais parfois quand je les connais, je vois qu'ils arrivent avec une benzo et je me dis que ce n'est pas possible ils n'ont rien essayé d'autre. Ça par contre on leur dit, on leur demande quand même si ils ont essayé autre chose avant. Parce que si ils commencent comme ça, c'est rare qu'ils arrêtent rapidement.

- Et donc concrètement, si le patient est sous bzd, le pharmacien qu'est-ce qu'il fait?

Beh ça dépend. Qu'est-ce qu'il fait? heuu ça dépend si ça a déjà été proposé par le médecin avant ou pas. Si ça a déjà été proposé par le médecin, on peut taper sur le "clou". La répétition, si il l'entend de tous les côtés, ils vont se dire que sans doute c'est important. Si nous on commence par le dire et que le médecin le dit pas ça a moins de poids aussi mais quand ils ont un peu les mêmes infos de plusieurs personnes, je trouve que ça fait plus d'effet. Sinon oui quand voilà, quand on se demande pourquoi il le prend et qu'on se dit que c'est pas toujours utile alors là heu voilà.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription? Qu'est-ce qu'il pourrait mieux faire?

Beh déjà prendre plus le temps. Disons que voilà, on propose quand on a le temps. Si il y a plein de monde et qu'on doit faire 15 tests, on va pas commencer à dire "ha hé heu vous avez déjà pensé à arrêter votre benzo?". Proposer des schémas dégressifs, de passer à autre chose, parfois d'associer d'autres traitements en diminuant les benzo et comme ça de diminuer progressivement.

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?

Tout le monde sait que ça existe. Moi j'avoue que c'est parce que j'ai été à cette conférence, que j'y pense plus souvent et que j'ai expliqué à mes collègues etc. Maintenant les plus jeunes sont plus au courant que nous. J'ai une jeune collègue qui est tout à fait au courant. Mais dans les "vieilles", c'est moins heu on en parlait moins il y a 20 ans que maintenant. On essaie quand même de diminuer le nombre de médicaments alors qu'avant pas du tout. Alors qu'ici quand quelqu'un a une énorme liste et qu'il dit "ha j'en ai de trop" on regarde si il n'y a pas moyen de diminuer certaines choses.

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?

Beh ce qu'il y a c'est qu'à la base nous on ne sait pas pourquoi c'est prescrit aussi donc c'est pour ça que c'est mieux d'appeler le médecin pour voir parce que peut-être que la personne traverse un énorme problème et qu'elle en a besoin. Et donc ça nous on ne le sait pas.

- Donc vous trouvez que l'initiation d'un sevrage par le pharmacien c'est pas tout à fait...?

...Beh moi ce que je leur dis c'est "il y a moyen d'arrêter, il faut diminuer très très très progressivement, parlez-en à votre médecin pour voir si il est d'accord". Nous on informe plutôt que cela existe. De dire "voilà c'est possible mais il ne faut pas voir arrêter en une semaine, ça peut durer des mois, mais il y a moyen, voyez avec le médecin si c'est une bonne chose à faire". Nous on peut en parler, entamer la discussion, mais de dire qu'ils voient avec leur médecin si c'est opportun de le faire maintenant parce que ça on sait pas le savoir, ou attendre un mois par exemple. Moi je dis toujours "c'est possible mais voyez avec le médecin".

- **Thème 2B :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?
C'est lui qui initie ahahah

- Et est-ce qu'il déprescrit?!
Rarement heu. Maintenant, on a parfois des prescriptions avec des gélules dégressives mais je dirais une fois par an quoi. C'est rare, j'avoue.

- Donc pour vous la place du GP est quasi absente? De ce que vous vivez à la pharmacie?
Alors je me souviens d'un ca où le dr **** l'a fait. Mais j'avoue que je n'en connais pas beaucoup, j'oublie peut-être.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?
Quand ils ont rendez-vous avec le patient, de voir rapidement si la personne en a encore besoin ou pas. Puisque normalement c'est 15 jours, prescrire des boîtes de 20 au lieu des boîtes de 50. Et de ne pas renouveler si la personne demande mais plutôt de voir après les 15 jours si ça va mieux, alors de tout de suite diminuer pour qu'il n'y ait pas d'accoutumance.

- Et une fois que l'accoutumance est là, quel serait son rôle idéal?
Beh de voir avec la personne si ... Parce que s'ils n'en ont plus besoin, de leur proposer.

- Et souvent les patients n'ont pas envie de l'arrêter. Que ferait le généraliste?
Ca dépend lesquels. Les petits-vieux non mais les plus jeunes sont souvent plus motivés à prendre moins de médicaments.

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ?
Je crois que c'est un peu les deux.

- Est-ce que c'est le médecin qui doit initier?
Je dirais que c'est celui qui y pense le premier.
Pour moi nous on ne peut pas décider ça comme ça. Je trouve que le pharmacien propose et dit que "c'est une bonne idée, vous en avez déjà parlé à votre médecin?" mais il n'y a rien à faire, les gens sont quand même plus proche de leur médecin je dirais. Alors moi j'ai déjà donné des schémas à des patients qui voulaient vraiment mais comme je disais c'est toujours en accord avec le médecin.
Parce que après si les médecins sont pas d'accord... Donc moi je donne toutes les infos et je dis "voyez à votre prochain rdv".

- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription ?
Comme ça pas. Je sais que la plupart quand ils ont décidé d'arrêter, il veulent que ça soit bouclé en une semaine. Et donc il y en a beaucoup qui reprennent. Ca il y a beaucoup d'exemple avec "ha beh non ça ne marche pas" mais ça en effet c'est des gens qui ont voulu faire ça en une semaine ou deux plutôt qu'en plusieurs mois.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ?
Comme il n'y en a pas plein. Mais heuu je pense que ça dépend des pharmaciens et des médecins. Nous on a de la chance c'est qu'on a des bonnes relations avec les médecins des environs et que je n'ai pas peur de les appeler et eux aussi. C'est assez facile. Je crois qu'on est privilégiés car si j'ai un truc à dire à un des médecins j'appelle et eux nous appellent aussi souvent et donc c'est facile.

- Donc avec les médecins des environs la collaboration est aisée?
Parce que c'est certains médecins qui sont particulièrement ouverts. Je crois que c'est plus facile avec les jeunes médecins qu'avec les vieux médecins, allez eux, c'est un peu "les pharmaciens n'y connaissent rien et voilà". Je crois qu'ici on a quand même de la chance car le dialogue est très facile. Autant un médecin va appeler en disant "ca il faut surtout pas avancer à celle-là ou il faut surtout essayer de". Dans les deux sens on hésite pas et c'est plus simple. Moi je trouve que voilà.

- Dans quelle mesure trouvez-vous cette association faisable dans la pratique concernant la déprescription des bzd ?
Bah oui pour répéter le même message. Si tout le monde est d'accord, ça a beaucoup plus de poids. Si les deux disent "c'est beaucoup mieux d'arrêter vous n'en avez plus besoin, voilà la manière de le faire, ça va prendre longtemps" mais rassurer la personne etc.

- Et vous vous y prendriez comment pour vous associer avec le médecin dans ce discours?
là c'est vrai que je dis plus "parlez-en à votre médecin et voilà", les mails c'est vrai que j'envoie jamais de mail. Je ne me vois pas dire heuuuuu c'est vrai que je passe par le patient. Si quelqu'un souhaite arrêter et que je lui dis d'en parler à son médecin, je ne vais pas à ce moment-là appeler le médecin en disant "j'ai dit à la patiente que" ça je n'ai pas fait.

- Donc globalement vous passez par le patient. Et vous avez l'impression qu'il reconsulte le médecin après votre discours?
Ils ont quand même des rdv réguliers donc ils ne consultent pas exprès mais souvent ils en reparlent là. Enfin les peu qu'on a eu. Il y en a qui ont déjà dit "oui j'en ai parlé il était d'accord."

- Quels sont les principaux freins à coopérer? Les mails par exemple vous ne faites jamais, est-ce par manque de temps?
Oui par manque de temps, il faudrait prendre le temps. Moi je trouve ça plus facile le téléphone car on aime la communication et réponse tout de suite.

- Si vous voyez une consommation de bzd pathologique chez un patient de >65 ans, est-ce que vous appelez le médecin?
Oui on l'appelle.
Ce qui se passe souvent c'est qu'ils demandent une avance et on voit la dernière fois qu'ils en ont eue et si ça ne correspond pas on appelle le médecin devant le patient pour voir si il est d'accord que je lui avance la boîte. Maintenant, en effet si il en a depuis des années et qu'il est venu il y a deux

mois et qu'il n'a plus d'ordonnance alors on lui avance. Mais si il en a eu la semaine avant et qu'il a perdu sa boîte, là on appelle d'office pour avoir l'accord. On a eu le cas dernièrement de quelqu'un qui était en sevrage de 4x la dose, c'était des doses bcp bcp plus élevées que ce que moi je connais et donc on a appelé le médecin qui a dit "avancez lui x comprimés, elle est sevrage, elle diminue progressivement ses doses très élevées mais..."

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence -exemple: si le méd est injoignable lorsque patient en face de vous et que vous avez le médecin en ligne plus tard- ?
- On dit à la personne qu'on la rappelle et parfois c'est le médecin aussi qui rappelle le patient.

Thème 3B: L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Sous quelle forme, par le logiciel ou...? En présence du patient ?

Alors moi je suis nulle en nouvelles technologies donc voilà. Je sais qu'ils avaient parlé d'un endroit où les médecins pourraient mettre leurs commentaires pour les pharmaciens mais je ne sais pas si ça fonctionne pas. Je ne m'y connais pas de trop.

- Et si le médecin met dans l'ordonnance électronique qu'il a sensibilisé son patient, ça vous semble plus simple?
- Oui comme ça on le sait. C'est vrai qu'on pourrait avoir un pop-up sensibilisation à la déprescription pour savoir qu'on doit insister. Avec les ordonnances électroniques ça pourrait marcher ça. Et Le pop-up pourrait être attaché à la IC du patient ou à l'ordonnance. Comme on a des pop up sensibilisation pour la grippe mais c'est attaché aux >50 ans ou des que comorbidité. Là ça pourrait être généré par le médecin à un patient potentiel de déprescription.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

J'avoue que nous on marche pas comme ça. Les BUM pour l'asthme, on ne le marque jamais car trop de paperasserie, signatures etc. On le fait à chaque patient mais on leur demande pas après de signer pour dire "ok j'ai bien expliqué le truc" ça ça ne va pas je trouve. C'est vrai que si c'est rémunéré, ça pourrait stimuler certains.

- Donc le système actuel des BUM, vous ne pensez pas que ça soit adéquat pour la déprescription des bzd?
- Ca pourrait être un bon système vu qu'ils ont commencé ça pour l'asthme mais le format n'est pas approprié je trouve. Moi j'ai fait mon groupe de certificat là, c'était à ce moment, ils disaient "il faut pas être gêné, c'est normal". Je n'aime pas aller demander une signature pour dire que j'ai bien expliqué.

- Et le fait qu'il y ait parfois d'autres patients à servir, niveau confidentialité, est-ce que vous pensez que c'est adapté à la pharmacie selon vous de donner ce type de micro-entretien de sensibilisation à la déprescription? Ou c'est trop compliqué dans une pharmacie?
- Non parce que les nouvelles pharmacies ont souvent des petits comptoirs plus confidentiels. Nous on se met aussi un peu plus sur le côté, on parle pas trop fort etc.

- Est-ce que vous trouvez que le pharmacien, déontologiquement, a le droit d'initier la déprescription et de la réaliser sur le long court ou justement il faudrait que les règles soient plus claires car vous ne savez pas si vous sortez de votre cadre?
- Beh c'est pour ça qu'on le fait toujours en accord avec le médecin. On dit toujours parlez-en à votre médecin. On connaît moins la vie des patients que le médecin. Déontologie, nous je trouve que ça serait une erreur de ne pas le proposer non plus le but c'est le bien-être des patients qu'on soit méd ou pharm, ça ne change rien. C'est tout à fait notre rôle de le proposer mais toujours en accord avec le médecin. car ici les médecins sont sympas mais sinon il y a toujours qui sont un peu frustrés "de quoi se mêle le pharmacien". C'est notre rôle d'en parler.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus et que la collaboration est bonne, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?
- Un schéma de sevrage progressif sur 18 semaines. Maintenant il y a des pressés. Après il y en a qui ont déjà des demi doses, c'est plus rapides. J'avoue que je n'invente pas de schéma, il y en a plusieurs tout faits.

- Donc le premier facteur c'est l'étendue du sevrage. Est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui aideraient à ce que le patient ne replonge pas dans cette molécule ou dans une autre?
- Moi je leur dis chaque fois de prendre de la valériane ou de la mélatonine au début et de diminuer progressivement comme ça ils ont quand même un substitut moins efficace mais qui les aide. Et puis il y a toutes les règles hygiéno-diététiques. Même psychologiquement, je pense que savoir qu'ils ont quand même quelque chose qui les fait dormir, de ne pas les laisser sans rien, ça peut contribuer à la réussite du processus. Également leur dire que c'est efficace et que ça va marcher. Un soutien psychologique.

- Est-ce que vous dites au patient qu'il ne doit pas hésiter à revenir si question ou soucis?
- On ne leur dit pas mais c'est vrai que les gens viennent souvent et racontent leur vie. Évidemment, tout dépend aussi de l'affluence. Si il y a plein de monde, on va pas leur demander de raconter leur vie tandis que quand on a plus de temps, on papote. Maintenant, ils ne tombent pas toujours sur la même personne donc tout le monde ne sait pas que ... il faudrait peut-être que ça soit mis dans l'ordi, avec notre logiciel, pas ex si une prescription a été initiée, d'avoir des pop-up pour savoir comment ça va.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.). ?
- Oui la communication heu quand ils ont les même infos de plusieurs personnes différentes c'est clair que c'est plus efficace. Si nous on le dit, on a quand même moins de poids que les médecins.

- Quand vous faites le schéma de médication/ pharmacien de référence, est-ce que vous informez le médecin de vos conclusions sur tel médicament à arrêter, telle interaction etc.? Et si oui comment?

Moi c'est vrai que je passe par le téléphone, surtout pour les interactions, l'aspirine à stopper. Mais c'est vrai que quand on fait un schéma de médication avec des remarques etc. C'est imprimé pour la personne mais le médecin ne le reçoit pas. Ca c'est dommage aussi.

- Oui puisque le généraliste le fait pour une patients mais pas tous donc le travail pourrait être divisé avec le pharmacien..

C'est vrai que pour le moment, c'est sur notre programme mais on devrait pouvoir aussi le mettre sur la carte d'identité. Ça pourrait être très intéressant. Ca pourrait être bien qu'il y ait un onglet ordonnances mais aussi un onglet médecins pharmaciens. Surtout que nous les schémas c'est aussi pour les spécialistes car ils prescrivent des médicaments qui ont des interactions avec les traitements actuels du patient qu'ils ne connaissent pas. Donc qu'ils aient accès via la ID ce serait bien.

· **CONCLUSION**

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Merci beaucoup.

C'est vrai que la bas c'est de ne pas les prescrire. J'ai une amie qui se sépare ici et clac elle sait pas dormir on lui met une bzd mais je veux dire elle ne sait pas dormir car elle est anxieuse, il y a un changement dans sa vie mais c'est pas physiologique quoi. Mais moi je dis après elle aura d'autres problèmes pour s'en défaire. C'est un peu comme avec les antidépresseurs.

- **Interview Pharmacien 5**

1. **Thème 1 : Présentation**

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc. ?
Je suis pharmacienne hospitalière et alcoologue. J'ai pratiqué plusieurs années en officine et à l'hôpital puis j'ai travaillé plutôt exclusivement en officine durant 10 ans. Et puis après je suis retournée, car j'ai toujours aimé les deux, en hôpital en part time et en officine en faisant des remplacements notamment dans le centre william lennox. Et puis j'ai petit à petit participé à des projets en assuétudes où il n'y avait pas de pharmacien présent et donc je me suis mise dans des projets pilotes, j'ai mis un pied dedans. Et du coup je me suis dit qu'il y avait quelque chose à faire avec les dépendances et je me suis retrouvée plus à faire justement des modules de déprescription de bzd, à me rendre compte qu'il y avait quelque chose à faire directement en officine et puis j'ai fait cette formation sur l'alcoologie, qui est interuniversitaire. Et puis maintenant, j'ai abandonné tout ce qui était hôpital, car pour moi le patient arrive et c'est déjà trop tard. J'ai gardé un pied en officine puisque c'est à cet endroit-là qu'on peut agir le plus et je travaille dans un service spécialisé en assuétudes, le service patchwork.

2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?
Alors je ne prescris pas les bzd, je les délivre en officine. Je vais peut-être d'abord parler en hôpital. En hôpital, j'avais un rôle de ... je faisais de la pharmacie clinique et donc je regardais les différents traitements des patients et tout ce qui était bzd, systématiquement on les diminuait. Alors, il y avait les patients où c'était la bzd prescrite par habitude pour dormir, là c'est sédatif. Là on arrivait tout à fait, on profitait de l'hospitalisation pour la diminuer et pour la supprimer. Il y avait les patients qui avaient eu cette bzd car ils étaient en sevrage en hôpital classique et puis en arrivant en revalidation ils avaient toujours cette bzd donc là aussi on la retirait. Et puis il y avait les patients plus psychiatriques, où là c'est plus un traitement de soin global où là c'est parfois plus compliqué à enlever.
L'expérience pharmacien d'officine, là dans la pharmacie où je travaille on est très sensibilisés à la déprescription de bzd. Donc toutes les petites personnes âgées qui ont une bzd le soir, on propose, on essaie d'éveiller à la possibilité de pouvoir l'enlever. Et donc c'est déjà, on en parle, c'est déjà la première étape. Et donc pour en parler, forcément, après la motivation elle peut venir très vite. Donc on a tous les outils à portée de main. Ca c'est important. On a les schémas de déprescription qu'on peut leur passer pour qu'ils en parlent au médecin, on a des petits fascicules du SPF santé publique sur les problèmes de sommeil et d'anxiété et donc on en parle directement. Et en général, on obtient de bons résultats dans la motivation des patients pour pouvoir déprescrire. Toujours en officine, quand il y a des demandes de bzd, là c'est toujours source de discussions. Moi j'aime bien (rire). Quand ils viennent demander en avance une bzd. Soit c'est l'occasion de discuter si ils viennent car ils n'en ont plus et que c'est juste un comprimé pour dormir, on peut justement parler de déprescription. Et soit c'est une escalade de doses et c'est un patient extrêmement dépendant, c'est l'occasion de créer du lien en ne refusant pas parce que c'est la première chose qui est essentielle dans la dépendance c'est la création du lien. Et soit c'est un sevrage à l'hôpital et donc là c'est l'occasion de recadrer et justement de mettre un cadre au sevrage et d'avoir des contacts avec le médecin généraliste aussi.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ?
Oui. Pour moi une bzd c'est une bzd. Alors les patients diront, j'ai la benzo pour dormir, j'ai la benzo pour l'anxiété, si il y en a plusieurs... - Le TFE c'est pour les patients âgés?- du coup si il y en a plusieurs, c'est intéressant de faire un équivalent diazépam pour voir quelle quantité on a exactement et chez les patients âgés, ça sera plus quand il y en a plusieurs, c'est intéressant parfois d'en enlever une à la fois. Voilà, on va traiter plus le problème pour dormir et l'anxiété on va garder dans un premier temps. Je trouve que psychologiquement, ça fonctionne mieux de traiter un problème à la fois car pour eux c'est... Pour moi c'est, je mets toutes les bzd dans le même panier parce oui c'est une question de dosage etc. mais quelque part ça reste une bzd, mais pour le patient il a vraiment sa bzd pour des raisons différentes. Donc pour les personnes âgées, c'est plus important. Souvent, on ne prend pas le temps de leur expliquer les avantages de retirer cette bzd. Souvent quand on leur explique que ça diminue le risque de chute de les enlever, que au niveau cognitif c'est positif, beh c'est deux arguments chez les personnes âgées qui motivent à arrêter cette benzo. Il y a juste quand même un souci dans cette population là je trouve, pour les patients qui ont une démence type Alzheimer où là vraiment une anxiété démesurée qui arrive, je trouve que parfois on est un peu démunis, par rapport à ça. Et il y a peut-être une nécessité de mettre quelque chose quand même.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?
Je pense que le pharmacien peut vraiment déjà en parler et introduire la démarche de déprescription. Dès qu'on reçoit une ordonnance d'une nouvelle prescription de bzd, je demande souvent au patient "qu'est-ce que le médecin vous a dit à propos de cette molécule?" pour voir si il a bien compris car souvent il n'a pas bien compris les consignes et pour voir aussi si c'est bien, si le médecin a bien expliqué que c'était dans un laps de temps bien déterminé. Et donc le fait que le patient répète, on voit directement si il a compris ou pas, si ça a été bien expliqué. Ca je pense que c'est le rôle du pharmacien lors d'une première délivrance. Si c'est un renouvellement, ça vaut toujours la peine de poser la question si le patient est prêt à déprescrire ou pas. Aussi, quand le patient pour un problème de sommeil avant d'aller chez le médecin, je pense qu'il y a toute une roue à faire au comptoir qu'on peut faire facilement. C'est déjà voir si au niveau du problème de sommeil, si on sait changer quelque chose, au niveau de ses habitudes: Voir par exemple, il y a trop de lumière dans sa chambre ou trop de bruit, c'est des facteurs qui forcément vont faire qu'il ne va pas bien dormir, mais c'est des choses qu'il peut changer quelque part. C'est tous les facteurs environnementaux. Ensuite, voir si un événement précis est arrivé, si il y a un décès, pouvoir mettre des maux. Les problèmes vraiment sociaux, chez les personnes âgées, ça sera plutôt décès ou changement d'habitation etc. Ça c'est vraiment quelque chose si on en parle qui peut désamorcer la chose et ça permet de rediriger vers une psychologue. de dire "voilà il y a un moyen d'en parler et c'est normal", dédramatiser, dire que c'est normal d'avoir des problèmes de sommeil dans ces conditions-là. Alors il y a toutes les pathologies psychiatriques, donc là tout ce qui est dépression etc. Si on repère ça, on peut référer au médecin généraliste. Donc après, voir si il n'y a pas un problème au niveau des médicaments, si il y a un surdosage en hormones thyroïdiennes par exemple. Si il y a un possible surdosage, à nouveau référer au médecin généraliste. Voir si ce n'est pas dû au traitement médicamenteux, je pense que c'est notre rôle aussi. Toujours voir si il n'y a pas une consommation de substances car même si c'est une personne âgée, il peut tout à fait avoir une consommation d'alcool, on sous-estime vraiment la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Et donc toujours dans la roue, voir si il n'y a pas une pathologie qui puisse justifier ces problèmes de sommeil.

- Donc pour vous, tout cela c'est la place actuelle du pharmacien ?
Moi c'est ce que je fais au comptoir, sans que le patient s'en rende compte j'essaie de voir, en posant des questions, si je peux le mettre dans une des cases ou pas.

- Et selon vous, quelle serait le rôle idéal du pharmacien? Est-ce qu'il pourrait avoir des rôles supplémentaires?

Déjà il devrait être formé car tout le monde n'est pas formé à ça, à pouvoir identifier où le patient se trouve. Parfois, ça j'ai déjà eu dans ma pratique, par exemple le patient sort de chez le médecin avec une prescription, en fait le médecin en a déjà parlé, puis il arrive ici et moi je reparle de ... (rire) c'est déjà arrivé plusieurs fois... d'éventuellement déprescrire. J'ai toujours mes outils à côté, donc je passe même la petite feuille de déprescription et puis une fois le patient dit "ok je commence demain", du coup je dis "alors je vais peut-être appeler votre médecin pour prévenir et pour être certain" puisque je n'ai pas le dossier médical. Et en appelant le médecin généraliste, "mais je ne comprends pas, je l'ai vue... elle vient de sortir de chez moi et elle était pas prête à déprescrire" et c'est vraiment une incompréhension de la part du GP et même c'est limite si on ne se fait pas un peu engueulé mais on marche.. c'est comme si on marchait sur des plates-bandes. Et donc j'essaie d'expliquer, c'est juste la synergie. Déjà la personne en a parlé et puis le fait d'avoir un autre discours à côté, en un coup il y a un déblocage qui se fait et ça peut aller très vite avec les bzd, beaucoup plus vite que d'autres pathologies.

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?

Quelque part, le pharmacien pourrait déjà parler et donner les outils. Maintenant, il n'a pas la connaissance de tout le dossier médical pour dire "ok je donne le feu vert". Donc forcément, il faut un contact avec le médecin généraliste pour être sûr. On a pas accès au dossier médical donc je pense que ... Et en même temps, je peux pas dire que la décision doit être exclusivement réservée au médecin généraliste parce que le patient parfois lui-même décide de faire sa déprescription et voilà le patient .. il s'autogère et quelque part il n'a pas besoin toujours de l'aval du médecin généraliste.

- **Thème 2B :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?

Je pense que le généraliste est surchargé pour l'instant et donc c'est quelque chose qui prend du temps de déprescrire car il faut prendre le temps d'écouter la personne je pense qu'il peut... Certains généralistes prennent vraiment le temps d'expliquer, d'essayer de voir si le patient est prêt à déprescrire. Mais je pense que peu prennent le temps et je pense que ce qu'il faudrait c'est que le généraliste du coup peut-être entame la discussion mais dise "voilà je vous propose de prendre un rdv pour parler de ça uniquement". Donc voilà manque de temps car le médecin généraliste est surchargé et donc forcément c'est quelque chose ... D'un côté c'est plus facile de prescrire comme d'habitude que de s'attaquer à ce problème qui parfois... voilà parfois il y a un peu de réticence. Maintenant, peut-être que parfois le généraliste pourrait se dire qu'il peut parfois s'appuyer sur le pharmacien et donc ce qui serait bien, ça serait de mettre à côté de la bzd "ok..." avec les ordonnances électroniques par exemple de mettre "vous pouvez motiver la personne à la déprescription" comme ça on sait qu'au niveau du dossier médical c'est ok et donc on peut faire un travail simultané.

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ?

Oui à partir du moment où c'est lui qui prescrit, moi j'estime qu'il est quelque part responsable de ce qu'il prescrit mais en même temps on peut se dire que le pharmacien, il est responsable de ce qu'il délivre. Donc je pense que dans la tête des médecins généralistes, mais peut-être que je me trompe, c'est plus le pharmacien doit arrêter absolument s'il y a une interaction médicamenteuse. Maintenant si on va plus loin, car je pense que maintenant la formation du pharmacien c'est dans les soins pharmaceutiques. On peut se dire, si une prescription n'est pas pertinente, peut-être que ça peut devenir le rôle du pharmacien d'interpeller le médecin. Cependant, il n'y a pas de financement actuel du pharmacien....

- ... Ca on y revient un peu plus loin.

3. **Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien**

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ?

Pour moi, elle est bonne. On a déjà fait des CMP sur la déprescription des benzo dans la région. Et il y a une maison médicale qui nous a quand même dit "c'est super chouette d'avoir les patients qui viennent dans votre pharmacie car au niveau benzo, on voit que vous travaillez et donc c'est beaucoup plus facile pour nous de déprescrire et d'en parler". Parce que le fait que deux prestataires de soins en parlent, ça fait beaucoup plus vite son chemin pour la déprescription.

- Et si je vous interroge maintenant à plus large échelle. Est-ce que c'est la même chose? Est-ce que la collaboration est toujours bonne?

Elle n'est pas mauvaise maintenant c'est général: il y a un manque de temps. Et donc c'est vrai que le pharmacien a peur de déranger. C'est vrai qu'en ce moment, on réfléchit avant d'appeler car on sait ... Les patients viennent nous demander si on ne connaît pas un médecin dans la région, on donne un peu tous les médecins de la région et ils ne trouvent pas car plus personne ne prend de nouveau patient. Et donc il y a vraiment un souci en nombre de médecins généralistes. Du coup, ça je pense que c'est vraiment un frein dans la collaboration, c'est sûr.

- Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général ?

Oui ça ne me dérange pas.

- Est-ce qu'il y a des profils de médecins plus difficiles à aborder?

Les médecins plus âgés qui vraiment... Et encore ça dépend, mon collègue il est plus âgé. Mais dans les CMP, les plus réticents au partage d'informations etc., c'est eux. Ils ont eu une autre éducation je crois et pourtant ils sont contents quand .. voilà. Ça dépend aussi de la personnalité de la personne, si elle est prête à partager des informations ou pas.

- Dans quelle mesure trouvez-vous cette association faisable dans la pratique ? Si non, quels en sont les principaux freins ? Vous en avez donné un, c'est le manque de temps, est-ce qu'il y en a d'autres?

Les moyens de communication. Certains veulent que ça soit mail et d'autres pas du tout. D'autres le GSM ou... Un moyen de communication direct à partir des softs, c'est pas encore... chez nous ça ne fonctionne pas encore. Peut-être que dans le nord du pays, ça fonctionne déjà mais ça serait pas mal.

- Donc de pas devoir contacter nécessairement le GP par tél mais pouvoir lui mettre un petit message et que lui réponde oui ou non dans les minutes qui suivent?

Oui maintenant c'est compliqué car le patient est devant nous donc parfois il faut... c'est pour ça que moi je dis "voilà les informations, parlez-en à votre médecin". Et du coup, c'est vrai aussi que parfois le patient veut commencer directement, ça arrive même souvent, car une fois qu'il est motivé, il est motivé. Et donc c'est vrai que d'avoir déjà une information "ok pour la déprescription de ce patient-là", ça ça serait vraiment une aide. A chaque fois que le médecin prescrit un pop-up qui arrive, "est-ce les conditions nécessaires pour motiver une déprescription? oui/non". Ça serait génial pour la déprescription. Et aussi pour une déprescription, pourquoi pas un suivi psy. Je trouve que pour les nouveaux troubles du sommeil, mais pour la déprescription aussi, pourquoi pas avoir une aide psy pour les personnes plus âgées. Les pharmaciens peuvent faire l'éducation pour les personnes âgées surtout, elles ne se rendent pas compte qu'elles ont besoin de moins d'heures de sommeil etc. Mais je pense que c'est dans les Pays-Bas, alors que c'est un pays qui est un peu comme le nôtre. Mais après, je sais que quand il y a un problème de sommeil, fin je sais qu'il y a plus de relation directe avec les psy donc voilà il y a une étude heu à l'UCL, enfin il y a plusieurs études sur les bzd pour l'instant dans les universitaires.

- **Relances :**

- Cas concret : Pouvez-vous me décrire la dernière fois où vous avez contacté le ph/dr ?

Bah c'était pas une super expérience. Ça n'a rien à voir avec les bzd. Donc c'est la semaine passée où c'est une personne qui vient et qui a eu une assistante. Donc elle venait pour un problème de doigt blanc et donc elle vient avec un antibiotique et donc l'assistante avec bien mis 3x/jour et la patiente me dit "oui heu non on m'a dit 2x/jour", je dis "ha bah non la médecin a bien mis 3x/jour" et donc je vais vérifier dans le bapcop pour l'indication et je vois que c'est 3x/jour, voire un dosage un peu plus élevé, car c'est un médicament que je ne délivre pas souvent. Et là, la patiente me dit que c'était compliqué, il y a 3 GP qui sont intervenus mais c'est une madame très très stressée qui n'a pas confiance. Et là c'était vraiment le manque de temps, aussi bien en officine pour l'instant que chez le généraliste, donc j'ai l'assistante qui a fait la prescription, la maître de stage et l'autre GP qui a regardé. Et donc je me suis dit, je vais appeler directement la maître de stage que je connais pour lui exposer le cas. Et là elle me dit "je n'ai pas vu la patiente", "c'est bien ça" et elle m'a dit "écoute heu je ne supporte pas que la patiente ...", "la patiente doit faire confiance à l'assistante, je ne supporte pas qu'elle mette en doute sa parole, elle peut changer si elle veut" car tout le monde est à cran "elle peut changer de maison médicale, de centre, il y a pas de soucis, nous on fonctionne comme ça" puisque la patiente voulait à tout prix que la maître de stage valide le truc et donc moi je me suis excusée, j'ai dit que j'aurais du appeler l'assistante. Maintenant c'est vraiment avec un manque de temps et la patiente est très difficile et je lui ai dit "je vais faire de l'éducation à la patiente" et donc à la patiente j'ai même dit, je vais peut-être dire que j'ai eu l'assistante. Et elle m'a certifié "on a pas augmenté les dosages car c'est une patiente qui est très fragile au niveau de l'estomac et elle ne supporterait pas un plus haut dosage. Et donc j'avais réponse à toutes mes questions, c'est le principal. J'avais contacté le médecin pour être sûre car la patiente ne m'aurait pas crue si j'avais dit que c'était trois fois par jour donc il fallait vraiment faire une démarche pour lui dire que c'était trois fois par jour et donc je lui ai dit "ah mais vous savez, le fait que l'assistance ait posé la question, c'est un gage de qualité hein, elle prend ses responsabilités en demandant à d'autres et donc vous pouvez lui faire confiance et il n'y a pas raison de ne pas lui faire confiance" mais c'était à prendre avec des pincettes. Moi je l'ai fait en toute bonne foi parce que on débordait aussi et que je voyais que ça allait prendre du temps mais je me suis dit zut j'aurais dû téléphoner à l'assistant. En espérant que ça ne reste pas et que je pense que ça a été bien pris et elle m'a remercié de faire de l'éducation auprès de la patiente.

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence ? Par exemple, un patient a l'air motivé pour une déprescription, vous voulez prévenir son médecin que ça va démarrer, même si vous savez déjà que le médecin en a déjà parlé et qu'il est pour, mais vous préférez dire que vous lancez tel schéma. Le médecin ne répond pas, vous le rappelez deux heures plus tard. Comment allez-vous quand même intégrer le patient dans ce schéma (triangle médecin-pharmacien-patient)?

Là à nouveau, comme il n'y a pas d'honoraire vis-à-vis de la déprescription de benzo, vis-à-vis de mon employeur, je dois aller vite. Donc à partir du moment où le patient est ok à déprescrire, je demande toujours si je peux appeler son médecin car je dois toujours avoir son accord, je ne vais pas appeler derrière son dos. Et donc soit parfois le patient de lui-même dit "j'en parlerai moi-même" et donc là je mets mes coordonnées sur la feuille avec le schéma de sevrage, je mets mon nom et le tél de la pharmacie. Si maintenant j'appelle le médecin et qu'il ne sait pas trop... Car certains patients je vois en fonction des médicaments qu'il prend et du dossier médical, je vois que ça peut aller. Il y en a on est plus ou moins sûrs même si on n'est jamais sûrs à 100%. Et on sait aussi avec quel médecin on travaille. Il y a certains médecins avec lesquels il ne faut pas outrepasser leur accord et d'autres diront "vas-y tant mieux, tu avances dans le travail" donc ça c'est en fonction de qui est le médecin généraliste mais alors je dirai plutôt au patient d'attendre. En fait, ça dépend vraiment du médecin généraliste. Je travaille quand même depuis plus de 20 ans dans la même officine. Je sais donc avec qui je peux avancer et avec qui il faut l'accord. Avec parfois toujours ce problème que le patient veut commencer et là du coup, le danger avec ça... Moi je ne suis pas contre, car finalement c'est le patient qui a... il ne faut pas l'infantiliser, il est quand même maître à bord, mais ça parfois c'est pas encore accepté par le GP et ça alors il va mettre la faute sur le pharmacien en disant que le pharmacien a outrepassé sa fonction.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd ? Sous quelle forme ? En présence du patient ?

Je pense si chaque fois que le médecin prescrit, qu'il dit chaque fois "ok/pas ok pour déprescription", ça permettrait, le pharmacien aurait plus d'initiatives. Ça ça serait déjà une première chose. Moi je pense qu'à partir du moment où il y a un accord de déprescription, le pharmacien serait tout à fait légitime à pouvoir déprescrire ou en tous les cas à pouvoir motiver. Pourquoi pas du coup avoir un honoraire pour ça, je ne sais pas. Alors parfois il faut faire des préparations magistrales, et là je pense que c'est en cours au niveau de l'INAMI pour que ça soit remboursé, car pour l'instant ça ne l'est pas. Ça c'est positif!

- Et donc que cette entraide soit dans le logiciel?

Oui à travers le logiciel car sinon le médecin ne va pas le faire, il ne va pas ouvrir une fenêtre en plus. Ça je pense que c'est sûr. Heu c'est le cycle de Prochaska, parfois il faut un peu plus de temps pour motiver le patient mais là, ça peut se faire en douceur.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Les médecins pourraient avoir un code en plus pour la déprescription, je pense que ça les motiverait. Et pour le pharmacien aussi. Je pense que ça ne serait pas mal. Mais que ça soit un honoraire seulement s'il y a une déprescription qui est mise en route. Moi ce que je dis souvent aux patients, une fois qu'ils commencent le schéma, je leur dis "chez le médecin généraliste, il faut prendre rdv et parfois il n'est pas accessible. Maintenant, si vous avez le moindre souci, la pharmacie est ouverte sans rdv donc vous pouvez toujours venir poser une question". Et donc si à un moment ils se sentent moins bien, on peut rester une semaine en plus dans le schéma. Ça c'est les points forts des pharmaciens, c'est la disponibilité et l'accessibilité connue, donc ça c'est important. Une honoraire, sans doute, un honoraire de déprescription, ça inciterait. Parce que moi quelque part je le fais, mais le pharmacien il sait la branche sur laquelle il est assise, je veux dire en déprescrivant, il va moins vendre de boîtes après. Le système de santé est vraiment mal fait. Que l'on soit payé au niveau de la boîte - c'est peut-être déjà ressorti - donc voilà.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

La collaboration avec un psy. La psychothérapie, ça c'est les traitements de première ligne. Ça je pense que c'est le plus important, après. Pas après, c'est pas chez tous les patient, chez certains patients voilà il y a eu un décès il y a 20 ans ou 30 ans et puis en fait ils sont restés avec cette molécule là et si on la retire il n'y a pas de souci. Maintenant, parfois, il y a des problème plus d'anxiété par rapport à la mort ou autre chose et donc là ça vaut vraiment la peine de travailler avec un psychologue. Maintenant c'est ce que je fais, j'ai ma liste de psychologue et je n'hésite pas à en donner.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.). ?

Oui bien sûr. Ça ça sera une question d'honoraires. Par exemple, le pharmacien peut vraiment faire de la pharmacie clinique moyennant certaines formations et il y aurait un lien pour retravailler déjà complètement ces schémas de médication comme on le fait en milieu hospitalier. Mais disons qu'en officine, on a pas les subsides pour le faire. Moi je m'empêche de le faire. Là il y a matière à travailler et aussi pour tout ce qui est dépendances, là je pense que - c'est un peu mon début mais- la seule façon d'y arriver c'est le travail pluridisciplinaire. C'est pour ça que je suis là-dedans. C'est vraiment pour, on est obligés de travailler ensemble.

· CONCLUSION

L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?
Merci beaucoup.

Je pense que une fois que tout cela est mis en route, ça fonctionne, ça c'est sûr. Et ça fonctionne bien! Et c'est même facile en fait. Donc il y a peut-être, je pense qu'on est à peu de choses pour y arriver. C'est déjà tout un travail qui a été fait dans les homes et que ça fonctionne bien. Et donc je pense qu'en officine avec les outils informatiques, il y aurait vraiment moyen, ça serait vraiment une aide précieuse d'avoir ce pop-up qui nous dit gentiment "déprescription possible" et de pouvoir du coup agir vraiment librement.

- Interview Pharmacien 6

1. Thème 1 : Présentation

- Peux-tu te présenter en me parlant de ton âge, ta pratique passée et actuelle, tes années d'expérience etc. ?
Alors donc je m'appelle ... j'ai 26 ans. Je travaille depuis 3 ans en pharmacie, un an sur l'île de la Réunion en France donc c'est pas très représentatif mais après j'ai eu deux ans d'expérience en pharmacie en Belgique en Ardennes en tant que titulaire.

2. Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire

Expériences

- As-tu de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, peux-tu me livrer un exemple?
Heu en fait je n'ai jamais déprescrit. J'ai déjà conscientisé pour des personnes qui débutent un traitement benzo, ne savaient pas si ça allait être sur du long ou du court terme et moi je les ai conscientisé en leur disant "voilà, après un certain nombre de semaines, par exemple dormir, si on dépasse un certain nombre de semaines il commence à y avoir une accoutumance qui s'installe", leur dire qu'une fois qu'on est partis là-dedans, c'est difficile d'en sortir et les gens me disent "ah mais vous faites bien de me le dire car je n'étais pas au courant et je n'ai pas envie de tomber là-dedans". Et donc il y en a qui carrément ne veulent pas la prendre par crainte et d'autres vont me dire "ok maintenant je comprends et je vais vraiment faire très attention" et qui en général d'eux-mêmes après 3 semaines "ok j'en ai plus besoin, ma phase difficile est passée". Mais par contre des personnes qui ont ça depuis des années et des années, surtout des personnes âgées etc., non.

- Donc chez les personnes plus âgées, tu ne proposes pas de diminuer, tu ne les renvoies pas chez le médecin pour proposer d'en parler etc. ?
En fait la problématique qui se pose c'est que moi j'arrive heu jeunette deux ans d'expérience, nouvelle pharmacienne. Eux leur traitement, il est là souvent depuis des années. La confiance n'est souvent pas suffisante pour moi venir et dire "tiens, je vois que vous prenez ça et depuis combien d'années? bah il faudrait peut-être l'arrêter". Non je ne connais pas le contexte heu je ne sais dans quel cadre on l'a instauré et ce qui se passe actuellement dans sa vie et donc je me vois mal, je trouve ça un peu agressif de prime à bord de faire ça. Et les personnes âgées, souvent je les trouve fort sensibles et c'est difficile de les conscientiser là-dessus car pour eux c'est vraiment leurs comprimés salvateurs.

- Merci, justement c'est intéressant de savoir pourquoi actuellement tu ne proposes pas spontanément la déprescription.

Rôles des prestataires

- Thème 2A :

- Dans ton expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?
Beh en fait, pour dire vrai, on fait très attention à les conscientiser quand ils commencent un traitement ou alors quand il y a une surconsommation, on fait attention. On sait que la dose maximale est de autant et quand ils viennent si on voit que ça surconsomme, on va les conscientiser là-dessus mais de là à dire "écoutez, je vois que vous prenez ça tout le temps, c'est pas au top". Moi personnellement, je ne l'ai pas encore fait, déprescription jamais.

- Et donc de ce que tu vois, les pharmaciens autour de toi ne le font pas nécessairement?
Non parce que je pense que nous ne sommes pas pris au sérieux à ce niveau-là heu comme le médecin dans le sens où : "Si le médecin le prescrit, c'est que j'y ai droit et que j'en ai besoin. Et vous, qui êtes-vous pour me dire d'arrêter le traitement que mon médecin me prescrit". Donc pour moi c'est une relation, on doit mettre en relation le médecin - le pharmacien et le patient, c'est vraiment un trio et dire... Voilà le médecin est d'accord avec le pharmacien et appuie l'avis du pharmacien et à ce niveau-là nous prendre en considération. Car pour moi, une fois que c'est déjà prescrit, c'est trop tard.

- Selon toi, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ? Est-ce qu'il devrait s'affranchir un peu plus de ce que le médecin prescrit? Est-ce qu'il devrait contacter le médecin? Qu'est-ce qu'il pourrait faire de plus en déprescription ou est-ce que tu penses que son rôle en déprescription est suffisant?

Je pense qu'alors à ce moment-là c'est prendre contact avec le médecin et à partir de ce moment-là c'est au médecin de dire au patient qu'il est d'accord avec le pharmacien et que on va diminuer la dose au fur et à mesure, qu'on va trouver solution. Donc heu ..

- Et comment tu t'y prendrais alors pour faire ça? Est-ce que donc tu contacterais le médecin et tu dirais au patient de retourner voir son médecin? Comment tu ferais pour rendre ça possible?
En fait, pour moi, ça ne doit pas venir du pharmacien. A la base, ça doit venir du médecin. Le médecin doit se mettre en relation avec le pharmacien et lui dire "maintenant la crise est passée, Mr n'a plus besoin de ce médicament en chronique et maintenant vous allez surveiller vous le pharmacien que la déprescription se passe correctement et c'est à nous de, une fois qu'on nous a donné le feu vert, de commencer cette déprescription. Mais il faut que le patient soit au courant que le médecin en a parlé au pharmacien sinon il ne va pas nous croire et il va arriver à la pharmacie en nous disant "ah mais vous savez, mon médecin il n'a pas dit ça". Pour être crédible, il faudrait même qu'en consultation, le médecin appelle devant le patient le pharmacien, qu'il dise qu'on va entamer une déprescription, "soyez au courant", nous on le met dans la fiche patient en disant "on commence", de quelle façon on va débiter cette déprescription donc les doses qui vont diminuer par exemple. Beh nous on sait qu'une boîte ça dure un mois si on en prend un par jour et que le médecin dise qu'on va en prendre 1/2, on sait que cette boîte est du coup valable deux mois et donc on va surveiller est-ce que la personne ne va revenir que dans deux mois prendre la boîte prochaine pour qu'elle fasse effectivement ce qu'on lui demande. Pour moi c'est comme ça que ça devrait se passer.

Relances :

- Quelles informations pourrait donner le pharmacien au médecin traitant d'un patient commun ? Par exemple, tu as appris qu'un patient consommateur de benzos était tombé le mois dernier et tu dis au patient, "ah mais vous savez ce médicament donne des risques de chute" ou donne des troubles de la mémoire. Si un pharmacien indique les risques sur le long terme, qu'est-ce que tu penserais de ça?

Beh ça je pense qu'on le fait déjà. On donne toujours le conseil associé.

Si on est au courant qu'il y a eu une chute, qu'il y a des troubles de la mémoire etc, je pense qu'on peut faire le commentaire là-dessus mais c'est sûr que tous les conseils qui sont donnés vraiment au début.. Parce que c'est sûr qu'après, on a envie de dire que nous on est un peu mal mis. A partir du moment où le médecin prescrit, on a souvent plus des bons de renouvellement, c'est leur dû. Si nous, on commence à trop les énerver avec ça, les patients, ils fuient. Ils disent "mais pour qui vous vous prenez? Vous n'avez rien à me dire, c'est mon médecin qui le prescrit". Moi je trouve ça super difficile de nous, déprescrire quelque chose qui a été initié par le médecin depuis des mois.

- **Thème 2B :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription? Est-ce qu'ils informent sur les effets secondaires etc.?

Pour moi les nouvelles générations de médecins oui mais pas les anciens. J'ai envie de dire que les personnes âgées qui sont dessous depuis des années, c'est forcément des médecins de l'ancienne génération qui l'ont prescrit et que la sensibilisation n'a pas été faite correctement, je pense que maintenant les personnes qui viennent de médecins plus jeunes sont beaucoup plus informés par le médecin mais les vieux médecins ne sont pas assez penchés là-dessus.

- Et donc ils prescrivent beaucoup et ils ne proposent pas des schémas dégressifs les vieux médecins?
Non j'ai jamais vu ça.

- Même les plus jeunes?
Chez les personnes âgées jamais.

- Et à ton avis, quel serait le rôle idéal des généralistes en déprescription?
Bah déjà moi je suis contre les bons de renouvellement parce que à ce moment-là c'est donner la main au patient sur son traitement vraiment. Et à partir de là, ensuite le médecin n'arrive plus à faire retour en arrière pour dire c'est moi le médecin, c'est moi qui décide de votre traitement. Parce que les bons de renouvellement, ça lui donne l'impression de... d'être maître de leurs médicaments.

- Ce que tu entends par bon de renouvellement, c'est quand le patient va demander des avances puis va chez le médecin pour régulariser?
Non c'est qu'on met sur l'ordonnance, à renouveler 5x. Chez nous, c'est zolpidem à délivrer pour 3 mois ou même zolpidem à renouveler sur 1 an, j'ai déjà vu aussi. Et donc j'ai 12 bons dans l'ordinateur et les gens viennent quand ils veulent chercher leurs boîtes durant 1 an. Et nous, on est là heureusement pour dire "écoutez, vous êtes venus il y a deux semaines, attendez encore 2 semaines pour la prochaine boîte. Mais alors parfois, ils nous disent; "mais vous savez, je pars en vacances donc je pars 3 mois là-bas, il me faut trois boîtes d'avance parce que sinon en France je ne les aurai pas".

- C'est la première fois que j'entends ces bons d'ordonnances dans mes interviews. Est-ce que tu penses que c'est lié au manque de médecin dans ta région?
Oui sûrement.

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ? Tu y as déjà répondu partiellement. Est-ce que tu confirmes que le feu vert doit venir du médecin?

Oui je trouve que nous on a pas ce rôle. Comme on ne prescrit pas, on ne déprescrit pas. Mais on surveille et on met en place. Une fois que le médecin a lancé le feu vert, nous on fait en sorte que ça se passe dans les conditions demandées par le médecin, correctement.

- As-tu une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription ?
Non.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est ton avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle de façon générale et puis concernant les bzd ?
Collaboration? On peut s'appeler et se poser des questions mais de là à collaborer...

- Ça n'arrive pas? Sur certains traitements de patients polymédiqués, pour revoir le traitement...
Jamais. Aucune.

- Et pourquoi penses-tu qu'il n'y a aucune collaboration?
Ça dépend. Il y a des médecins qui n'en voient pas l'utilité. Et puis il y a ceux qui n'ont pas le temps parce que ça veut dire appeler le pharmacien, passer du temps à expliquer, rechercher... J'ai pas l'impression, chez nous il n'y a pas le temps de faire ça.

- Ni de ton côté ni de leur côté?
Heu de notre côté c'est chaud. On essaie les schémas de médication mais franchement c'est difficile de trouver le temps, c'est beaucoup de boulot de faire ça. Il faudrait trouver qqn peut-être qui ait une mission et qui ne soit que celle-là mais heu si tu veux faire des schémas de médication pour des polymédiqués avec 400 personnes par jour. En fait, la personne elle ne fait que ça et elle ne sert pas au comptoir, c'est juste pas possible.

- Dans quelle mesure trouvez-vous cette association faisable dans la pratique ?
A la limite, il faudrait... c'est une question d'organisation! D'une structure à mettre en place plus précise. Pas un truc à la what the fuck on s'appelle, il faut une plateforme, il faut des jours précis, il faut des personnes qui soient peut-être formées mais comme ça de but en blanc, non.

- Cas concret : Pouvez-vous me décrire la dernière fois où vous avez contacté le médecin? Ou au sujet des benzodiazépines, pourquoi tu as du contacter un médecin?
Ca peut être tellement de choses. Ca peut être appeler pour une incohérence de traitement par rapport à l'historique, ça peut être un manquant et devoir le remplacer par autre chose.

- Est-ce que la gestion des avances est problématique?

Alors ça dépend des pharmacies. Nous on avance que les médicaments vitaux et chroniques.

- Les bzd en font partie?

Non

- Donc pas de discussion possible à ce sujet avec les patients?

Heu difficilement ou alors c'est vraiment quelqu'un qui vient chez nous depuis longtemps, très régulièrement et avec des traitements sur des années, une demande vraiment exceptionnelle. Mais on demande l'accord du médecin.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait-prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd ? Sous quelle forme ?

Beh idéalement, ça serait un logiciel, une appli dans laquelle le médecin introduit une information, un pop-up pour lequel dès qu'on ouvre notre logiciel pour sa vente, apparaisse cette information ou cette demande et qu'on puisse à nouveau y répondre directement et donc pas par téléphone, vraiment directement. C'est vraiment quelque chose qui servirait qu'à la communication entre les médecins et pharmaciens. Ça serait bien que ça soit compatible avec notre logiciel par exemple moi c'est nextpharm mais le problème c'est qu'il y a 5 logiciels en pharmacie et donc il faudrait quelque chose compatible avec 5 logiciels.

- Quand tu parles de pop, quelles informations tu t'attendrais à recevoir des médecins? Déprescription ok? Déprescription démarrée? Tu trouverais intéressant de recevoir ces infos là sur tel ou tel patient?

Oui donc voilà, sous son nom apparaîtrait "déprescription de tel médicament" et alors l'instauration, les dates auxquelles on procéderait. Et savoir à quelle échéance il va revoir le médecin pour savoir comment on procède pour les doses etc., oui ça peut être sympa.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Sincèrement, tous ces trucs là qu'on met en place avec des codes et des bazars, le problème c'est que pour eux être sûrs qu'on a bien fait ce qu'ils nous demandent de faire, il faut faire un million de papiers j'ai envie de dire qui fait que on perd son temps à faire ça pour ensuite faire faire nous le travail demandé et c'est pas possible. Si en plus de devoir discuter, on doit faire des feuilles où il faut faire signer la personne et puis nous et ensuite compléter les documents en ligne pour être payés, heuuu c'est pas ça qui nous motive. En plus, on les voit pas les sous, je ne sais pas par où ils arrivent, je ne sais même pas comment ça marche. Les BUM etc. on l'a toujours fait, on fait le boulot mais remplir des trucs pareils c'est pas possible. En fait, ça donne encore moins envie de le faire qu'avant.

- Et donc si il y a une rémunération qui arrive, il faudrait vraiment retirer tout le versant administratif qu'il s'y ajoute actuellement?

Oui de toute façon, les gens qui font leur boulot et qui aiment leur boulot, ils attendent par à être payés pour ça. Si on met en place des choses pratiques, faciles, pour pouvoir le faire, on le fait et on arrive à payer c'est tout.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

Est-ce qu'il y a des choses qui pourraient les faire arrêter tu veux dire?

- Si médecin et pharmacien coopèrent bien, quelle autre chose pourrait être entreprise pour aider à ce que le patient l'arrête?

Je pense qu'il y a suffisamment d'alternatives naturelles pour pallier aux benzo et en plus si c'est le médecin qui le prescrit, la confiance est d'autant plus importante du patient envers son médecin, en qui il a vraiment confiance, et donc on pourrait mettre en place un traitement... Si le patient se sent entouré, la prescription du médecin en ce qui concerne un traitement plus naturel pourrait aider, ça pourrait être pas mal.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, tramadol, aspirine, neuroleptiques etc.) ?

Bah oui je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas les utiliser de la même façon, oui. Effectivement, les IPP. Parfois, on se demande si on va voir un peu plus loin dans le traitement. C'est facile de prescrire un IPP, parfois il faut se rendre compte que ça peut être le stress, ça peut être justement heuuu il faudrait peut-être faire une biopsie, j'en sais rien mais en tous les cas ne pas laisser trainer les choses comme ça.

- Et quand tu parlais des pop-up que les médecins enverraient aux pharmaciens. Est-ce que toi en tant que pharmacienne, tu t'imagines envoyer un pop-up au médecin, est-ce que ce médicament-ci, on l'arrêterait pas? Si on revient aux bzd et que tu trouves une molécule ou un dosage un peu aberrant chez une personne seule à domicile, est-ce que tu te verrais prévenir le médecin de la potentielle dangerosité mais sans devoir lui téléphoner, juste en l'avertissant?

Ce qu'il y a je trouve, c'est que faire ça c'est vraiment prendre des médecins pour des cons. Parce que je suis désolée mais si avec vos connaissances vous ne savez pas qu'une bzd chez une personne âgée à tel dosage... Fin je trouverais vraiment moi heu, je suis sûre qu'ils seraient outrés de voir apparaître ça sur leur ordinateur. Il serait demanderait vraiment pour qui je me prends et donc non j'ai pas envie de le faire si c'est pour détériorer les relations qui ne sont pas toujours faciles donc non je pense pas que moi j'enverrai un pop up. Et en plus, on ne connaît pas la vie. En rdv je pense qu'on explique un peu plus les raisons. En pharmacie, les gens ne viennent pas spontanément s'étendre sur leur vie et leurs problèmes donc comment on sait nous si c'est le bon moment d'arrêter. Il faudrait alors que je le prenne dans une pièce à part et que je discute moi.

CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

Merci beaucoup.

Bah de nouveau, ce système de bons de renouvellement, ça m'étonne que tu ne connaisses pas mais moi c'est pour moi la pire idée du monde. Je trouve ça dingue que ça n'existe pas chez vous donc ça veut dire que je sais pas, on vit dans un autre monde. Mais nous zolpidem x12, à renouveler, ça existe quoi. Et on a des bons qui arrivent à foison dans notre machine à ticket et ça fait des ordonnances et ils les gardent dans leur portefeuilles et reviennent quand ils veulent, nous on surveille un peu et le médecin bah voilà tu ne reviens pas avant l'année prochaine, tranquillou.

- **Interview MG 1**

- 1. **Thème 1 :Présentation**

- Peux-tu te présenter en me parlant de ton âge, tes pratiques passées et actuelles, tes années d'expérience etc. ?

Jeune MG installé ici à ***. Je viens de faire 3 années d'assistantat. 1 an en semi-rural près de Namur. 1 en en mi-temps chez 2 médecins généralistes travaillant en solo dans le BW. En 3ème, 6 mois aux urgences d'Ottignies et 6 mois à Uccle en association de médecins. J'ai 28 ans et je travaille en association avec deux autres MG en ayant chacun notre patientèle. Je fais des consultations et des visites à domicile et des maisons de repos.

- 2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- As-tu de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, peux-tu me livrer un exemple ?

Au niveau de la déprescription en tous les cas, c'est quelque chose que j'essaie de faire au maximum. J'essaie en tous les cas d'en parler, de soumettre l'idée au patient, quand il vient avec un renouvellement d'ordonnance. C'est jamais moi qui ait prescrit des benzodiazépines ou des z-drugs ou alors si c'est le cas, c'est dans une situation très aiguë pour un laps de temps prédéfinie, deux semaines en général en expliquant pourquoi on ne continue pas plus longtemps. Et donc j'en parle au patient lorsque il me demande un renouvellement de zolpidem ou temesta ou médicament comme ça, je leur soumetts l'idée ou je leur demande s'ils ont déjà pensé à diminuer la dose du médicament. C'est un peu l'entretien motivationnel. Déjà voir si le patient est fermé à cette idée. Si ils me disent "ah mais j'en prends depuis des années et je m'en porte bien" je leur explique quand même ce que ça peut donner à long terme (risques de chute, troubles de la mémoire, confusion, etc.) et souvent ils ne sont pas du tout au courant parce que on leur a prescrit il y a sans doute 30-40 ans. On ne leur a jamais prévenu de ces effets car on n'était peut-être pas au courant à ce moment-là. Et donc les patients c'est dans leurs habitudes et ils se disent qu'ils dorment bien avec et donc pourquoi ne pas continuer. Alors j'explique que avec l'âge, c'est de plus en plus nocif aussi et que le but c'est vraiment d'avoir la dose minimale efficace pour pouvoir à terme l'arrêter complètement. Et quand ils sont enclin à diminuer, je propose tout simplement de réduire de moitié la dose et de se revoir un mois après. Si ils sont très bien avec la demi-dose un mois plus tard alors je propose d'encore diminuer d'un demi ou alors d'arrêter complètement tout en leur disant que si ça ne va pas du tout, si pendant des jours ils n'arrivent pas à dormir, on peut repasser à la dose initiale et c'est pas grave, au moins on aura essayé.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans ton expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription?

J'ai très peu d'expérience d'un contact avec un pharmacien dans ce sens-là. Je pense que leur premier rôle et c'est comme nous c'est d'expliquer ce que c'est, ce que ça peut donner et de leur dire que c'est pas des médicaments à prendre à la légère non plus, qu'il y a des risques. Ça je pense que c'est la première chose car je pense que le pharmacien connaît bien ses patients, le patient il peut changer de médecin régulièrement dans la surconsommation de bzd on en a. Donc forcément, s'il revient chez le même pharmacien, c'est lui qui va le plus se rendre compte de cette consommation. Proposer des alternatives, même si mon point de vue c'est que c'est très compliqué de passer d'un somnifère médicamenteux à quelque chose de naturel, je pense que le taux d'échecs doit être assez élevé. Maintenant, mais ça c'est peut-être plus le rôle du médecin, de s'intéresser à l'hygiène du sommeil, à voir si il y a pas un trouble du rythme circadien, utilisation d'écrans ou des boissons stimulantes. Le pharmacien pourrait en parler aussi mais... Je pense que le pharmacien devrait appeler, et c'est parfois le cas, quand il voit qu'il y a une surprescription ou qu'il y a des prescriptions de différents prestataires. Nous on a été confrontés à ça au cabinet, une pharmacie a appelé notre secrétaire pour demander une ordonnance qui était manquante pour une patiente alors qu'on lui en avait fait une 5 jours plus tôt, alors qu'elle avait été dans une autre pharmacie. Il faut qu'il y ait une meilleure communication mais je pense qu'on en parlera plus tard dans les pistes.

- Donc ici tu as donné le rôle idéal selon toi du pharmacien. Est-ce que selon vous, la place du pharmacien est suffisante ? Selon les retours de tes patients ou ce que tu observes dans ta pratique, est-ce que tu penses que les pharmaciens font ce que tu as cité?

J'ai jamais eu de retour dans ce sens maintenant je ne le demande pas aux patients et ils ne veulent peut-être pas me le dire non plus, ou ils oublient. Si ils sont âgés et qu'ils prennent des bzd ou z-drugs, ils ont peut-être des troubles de la mémoire aussi et donc je pense que ça doit être le cas, que certains pharmaciens préviennent mais pas la majorité.

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?

Je pense que c'est quand même le médecin qui doit quand même instaurer cette déprescription. Ce n'est pas le pharmacien qui peut dire "ah vous devez diminuer la dose", peut-être qu'ils peuvent un peu aiguiller le patient mais c'est quand même le médecin prescripteur, et si il ne voit pas d'inconvénient que son patient continue à prendre ses somnifères, je pense que ça peut instaurer un malaise ou une contradiction entre le médecin et le pharmacien. Mais ils peuvent quand même peut-être les aiguiller en touchant un tout petit mot en disant "ah vous prenez ça depuis longtemps, vous en avez déjà parlé à votre médecin?", vous pourriez en discuter avec votre médecin".

- **Thème 2B :**

- Dans ton expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription? Tu as bien expliqué ce que toi tu faisais mais peux-tu dire en général, ce que les généralistes font actuellement?

Je pense que les jeunes médecins sont beaucoup plus motivés, plus au courant mais je pense que ça diminue vite. Même moi, je vais peut-être plus facilement qu'il y a trois ans leur prescrire. On peut être un peu plus défaitiste aussi. Est-ce que tous les médecins sont au courant de comment il faut déprescrire? Moi je le fais de manière un peu intuitive aussi. Je sais que pour les antidépresseurs, il y a un guide de déprescription selon la molécule. J'ai lu récemment dans la revue médicale suisse, il y avait un article sur les équivalences entre les différentes molécules de z-drugs et bzd, c'est intéressant. Ils proposent des équivalences même si moi je pense que l'idéal c'est de ne pas remplacer une bzd par une autre mais c'est toujours intéressant à savoir.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?

Je pense déjà qu'il faut faire plus attention aux interactions médicamenteuses et toujours voir le patient de façon globale. Voir si il y a d'autres médicaments qui peuvent entraîner des risques de chutes et là c'est encore plus important de les déprescrire. Le rôle du GP, c'est de bien connaître son patient et de peut-être savoir pourquoi il prend ce médicament, quelles sont ses croyances, son état d'esprit et savoir comment l'aborder. Je pense que c'est important que le patient soit informé des risques et bénéfices de tous les traitements mais on ne le fait pas suffisamment, on ne le sait peut-être pas. Les bzd et z-drugs on connaît les effets principaux mais en tous les cas, c'est normal mais on ne connaît pas tout, donc s'informer, proposer et voir si le patient est prêt à diminuer. Moi je dis toujours "moins vous avez de médicaments, au mieux c'est". C'est aussi une manière de motiver les patients. Mais je trouve que ce qui fonctionne le mieux, c'est de dire que ça peut faire perdre la mémoire, ça je pense que les patients sont quand

même plus sensibles. Car si on parle de risque de chute, ils disent “ah mais moi je tombe pas” alors que au long terme ça peut entraîner des troubles de la mémoire, là ils retiennent.

3. **Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien**

- Quel est ton avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en termes de déprescription de bzd ?

Elle est presque nulle. Il y a très peu d'échange et pas qu'en déprescription. Bêtement, la semaine passée, j'ai envoyé un patient pour aller chercher un médicament pour un problème ophtalmo. Il a fait 6 pharma parce que il n'y avait pas le médicament. Au lieu de m'appeler directement et de voir s'il y avait une alternative. Et moi j'attendais le patient pour terminer la consultation et il n'arrive pas! Alors qu'on m'aurait passé un coup de téléphone, j'aurais pu trouver une solution. C'était possible de faire sans le médicament. Je pense que le pharmacien ne prend pas suffisamment son téléphone. Moi je le fais plus facilement. Mais peut-être qu'ils ont peur de déranger. Je pense que c'est bien de trouver une solution pour améliorer la communication mis à part les téléphones. On pourrait mettre en place un réseau pour envoyer des messages sans urgence. Ils pourraient nous alerter pour des interactions, ou là ils ne sont pas obligés d'appeler. mais si on pouvait avoir un moyen de communication où ils nous envoient un message avec “attention ce patient il a pris pas mal de ..., ça fait plusieurs fois qu'il vient chercher les boîtes, on a l'impression que c'est un peu beaucoup”. Parfois on s'en rend pas compte ou c'est qu'on a pas fait attention, parfois c'est la secrétaire qui prescrit, elle fait toujours attention à voir quand ça a été prescrit la dernière fois mais peut-être que le pharmacien pourrait nous prévenir quand il y a un abus ou quand il y a des risques pour le patient.

- Te sens-tu à l'aise de travailler avec le pharmacien en général ?

Moi je trouve qu'on devrait plus communiquer. J'ai pas de souci à prendre mon téléphone, je trouve que l'échange est intéressant et qu'il n'y en a pas du tout assez.

Peut-être que les infirmières auront plus facile à communiquer un peu plus. Mais les kinés, les pharmaciens, on ne les entend jamais. Peut-être qu'ils pensent qu'ils dérangent ou...

- Quelle est la responsabilité du pharmacien dans la difficulté actuelle à coopérer ?

Se rendre compte qu'ils ont un rôle tout aussi important que le nôtre. Moi personnellement, ça ne me dérange pas qu'on m'appelle ou alors on me laisse un message et je me rappelle. Que on a des choses à apprendre d'eux aussi. Qu'ils croient peut-être qu'on en sait plus que ce qu'on en sait réellement. Qu'ils doivent savoir qu'ils ont des choses à nous apporter.

- Et le médecin, quelle est sa part de responsabilité?

Il doit être ouvert à la discussion, échanger aussi car ça va dans les deux sens. Si on se rend compte qu'un pharmacien délivre beaucoup de médicaments à un patient sans trop faire attention, peut-être l'alerter car ça peut être aussi une erreur de sa part ou peut-être qu'il n'a pas fait attention. Peut-être que ça serait bien dans leur logiciel (pharmaciens) qu'ils aient une alerte, nous aussi qu'on est une alerte quand la prescription devient trop fréquente ou les interactions.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devrait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd ? Sous quelle forme ? En présence du patient ?

Par téléphone je pense, par mails éventuellement aussi. Un réseau où on peut échanger, je pense que c'est déjà possible mais je ne suis pas tellement sûr avec notre logiciel médical d'échanger entre tous les prestataires de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient, ce serait bénéfique de manière globale, pas que pour les bzd.

- Et qui devrait prendre l'initiative de cette communication pour diminuer les bzd chez nos patients sur le long terme?

Les deux et je trouve que les soins de santé devraient permettre qu'on mette en place un réseau sur lequel on pourrait échanger plus facilement. Ça doit venir de plus haut. L'autre chose que j'ai pas dit et qui serait bien, moi quand je me suis installé ici j'ai été me présenter dans plusieurs pharmacies, mettre un visage sur un nom c'est bien aussi.

- Est-ce que le patient devrait être là au moment des appels, être présent au sein de la collaboration?

Je pense qu'au niveau éthique c'est peut-être mieux qu'il soit là. Il ne faut pas froisser le patient non plus. Il faut pas aller dans son dos mais si le patient voit que on communique ou qu'on lui dit qu'on a communiqué, je pense que le patient se sent rassuré et mieux pris en charge. Donc je pense que le patient doit être au courant qu'il y a un échange.

- Est-ce que tu vas systématiquement demander au patient son accord pour appeler la pharmacie si par ex vous avez convenu d'une déprescription?

Je pense que c'est mieux mais je suis pas sûr que ça soit obligatoire non plus légalement puisque on est entre prestataires de soins avec un lieu thérapeutique, on est liés au secret professionnel. Je pense que ce n'est pas obligatoire mais c'est mieux.

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc.) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc.

De manière plus facile, que notre adresse mail soit connue par le pharmacien, pour communiquer par mail même si au niveau RGPD c'est moins idéal. Par exemple, si ça se mettait sur les prescriptions électroniques, ça faciliterait l'échange.

- Est-ce que tu te verrais écrire sur tes prescriptions électroniques “sensibilisation à la déprescription réalisée auprès du patient” pour montrer au pharmacien que tu as déjà fait la première étape?

Je pense que c'est bien car on est pas obligés d'appeler systématiquement le pharmacien pour lui dire ça. Et c'est vrai que si il y avait une case comme quand on met TPA pour le vaccin “sensibilisation déprescription”, ça prend deux secondes et on doit pas non plus en parler durant 5 mn.

- Est-ce que tu penses que les pharmaciens abonderont dans ce sens et appuieront ton discours auprès du patient?

Pas tous mais ceux qui sont sensibilisés vont le faire en disant "c'est bien que votre GP en ait parlé. Peut-être que le patient pourra en reparler à ce moment-là car les patients ne retiennent pas tout ce qu'on leur dit et pourra poser d'autres questions au pharmacien et que celui-ci pourra reformuler les choses et apporter des informations complémentaires.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

C'est pas vraiment au niveau législatif mais ce qui pourrait peut-être être intéressant c'est de faire un code INAMI déprescription. Le médecin prendra peut-être plus le temps avec une rémunération de quelques euros sur la consultation. Ça je pense que ça peut motiver les médecins à le faire. Au niveau législatif, je ne pense pas qu'on puisse forcer ni le médecin, ni le pharmacien à déprescrire.

- Et un cadre plus clair pour savoir si le pharmacien peut initier ou non une déprescription? Toi ton avis c'était que cela relevait plutôt du GP...

Moi je ne serais pas offensé qu'un pharmacien le dise mais je pense qu'il y a pas mal de médecins qui sont assez à tenir leurs patients et à ne pas vouloir.. les médecins plus âgés sont souvent assez réfractaires au changement qui ne vient pas d'eux.

- Tu parlais d'un code INAMI pour les médecins. Quand on sait que les pharmaciens sont rémunérés à la vente, est-ce qu'ils devraient aussi bénéficier de ce type de code?

C'est vrai que c'est un souci aussi car ce sont des vendeurs aussi. Alors oui je pense qu'ils devraient être rémunérés dans ce sens-là.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

Que la déprescription se fasse plus lentement, qu'on dise au patient qu'on vise la dose minimale efficace et donc imaginons que le patient soit arrivé à passer à un demi co de zolpidem, qu'après un mois il reprend un comprimé entier car il dort plus du tout alors c'est du chemin qui est perdu et il va se dire "ha mais je ne veux plus jamais arrêter j'ai trop mal dormi". L'encourager dans le fait qu'il ait réussi à diminuer, lui dire que c'est toujours mieux que de prendre un comprimé entier et qu'il faut attendre un peu plus de temps et qu'il peut continuer. Bêtement, quand il est mieux au niveau psychologique, que tout va bien dans sa vie et qu'il peut essayer. C'est comme le sevrage d'alcool, moi je dis toujours au patient qu'il faut être prêt à l'échec aussi, on essaie, ne pas culpabiliser si ça ne fonctionne pas mais il faut essayer.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, penses-tu qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.). ?

Non pour moi ça va avec d'autres médicaments aussi. Les IPP c'est aussi des prescriptions entamées, les antipsychotiques - je t'avais dit, ma copine a fait un travail sur la déprescription des antipsychotiques- donc même l'asaflow, c'est très difficile d'arrêter ces médicaments car il étaient initiés sans qu'on se dise ... - l'asaflow, ça sauve des infarctus mais quant on a 90 ans, la prévention primaire ça n'a pas beaucoup de sens- Je pense que les pharmaciens, même si ça c'est peut-être plus spécifique aussi pour un pharmacien, l'asaflow il n'a pas le dossier du patient, il ne connaît pas au niveau cardio-vasculaire.

Les IPP, ça je pense que c'est faisable aussi, -si il y a eu une gastroscopie, si il a déjà eu un ulcère-, de tester une diminution de traitement ou en tous les cas en parler.

· CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je te remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

Il faut que les pharmaciens soient un peu plus sur le même pied car on va déprescrire quelque chose et puis le patient va retourner chez un autre médecin qui va lui donner ce qu'il veut donc on perd notre temps et c'est frustrant. Je pense qu'il y a des médecins qui se rendent moins compte des effets indésirables.

- **Interview MG 2**

4. **Thème 1 : Présentation**

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc. ?
Je suis médecin généraliste depuis 39 ans, bientôt 40 et je travaille en maison médicale pratiquement depuis tout ce temps-là ici dans cette même maison médicale. J'ai bientôt 64 ans. Je suis bientôt à la retraite que je vais prendre d'ici 15 mois. Et je suis très très contente de travailler en maison médicale depuis tout ce temps.

5. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?
Oui j'ai une expérience assez importante en déprescription parce que quand j'ai commencé y avait beaucoup de bzd qui étaient prescrites, en particulier le Rohypnol qui étaient encore prescrit à beaucoup de personnes, il y en avait d'autres aussi. Et donc la déprescription est arrivée heuuu le principe de la déprescription est arrivé il y a 25 ans, quelque chose comme ça et donc j'ai été sensible à la question, j'ai essayé de vraiment appliquer ces principes, que je trouvais qui avaient vraiment sens, aux patients. Et avec assez bien de succès. Assez bien de succès, et en particulier chez la personne âgée.

- C'est justement le sujet !
Oui et c'est pour ça que j'en parle car je trouve que la personne, que quand on explique les tenants et aboutissants, quand on lui donne un plan de diminution, un objectif, et quand on donne sens, par rapport à la qualité du sommeil, la question de dépendance et donc de liberté à la personne, elle est vraiment très motivée avec une descente, une diminution de dose très très progressive, en disant que cela comporte certaines difficultés mais qu'il y a des comportements et des choses qui peuvent remplacer l'effet à court terme et si pas à moyen terme et à long terme, et même à court terme, trouver le bon moment, la bonne façon de le faire.

- Est-ce que vous avez un exemple de déprescription que vous avez faite qui vous vient en tête ?
Oui j'ai un exemple. Justement un patient assez heu habitué, avec des petites habitudes bien bien ancrées et qui prenait du Rohypnol, je pense que c'était du 2mg qu'il prenait, tous les soirs et pour lequel j'ai fait heuuu d'abord de le convaincre qu'il pouvait sans penser et puis de le faire en prescriptions magistrales avec des doses qui diminuaient de façon très très progressive, ce qui permet que la prescription magistrale, ce soit toujours des gélules qui ont la même forme et c'est donc plus facile psychologiquement parce que ils prennent la même chose tous les soirs et ils ne se rendent pas compte qu'il y a du lactose qui remplace une partie de la dose. Et quand c'est progressif, lui je parle aussi d'une personne plus âgée, lui c'était du lormétazépam, du 2mg, et elle prenait de la bière aussi et voilà maintenant elle ne prend plus rien, ni lormétazépam, ni bière.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ?
Ca dépend. Je vois les préférences du patient, je vois son histoire, je vois les raisons pour lesquelles il ou elle a été amené à prendre une aide pour s'endormir, pour maintenir le sommeil ou pour se sentir plus calme durant la nuit et pour avoir l'impression de dormir et de se reposer, ça dépend évidemment de la personne, de son contexte de vie, du contexte psychologique, du moment en particulier. Le moment qu'on choisit est important aussi.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?
La place actuelle dans la pratique, elle se situe, et c'est pas anodin, dans le fait, la plupart du temps, de me contacter avant de redélivrer. Ca arrive beaucoup moins souvent qu'avant, que le pharmacien délivre et que le patient vienne me dire, j'ai une ordonnance de retard.

- Donc vous me parlez là de la gestion des avances. Est-ce que vous avez l'impression qu'il a d'autres rôles en déprescription actuellement ?
Non.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ?
Le rôle idéal serait d'avoir un œil comme je peux en avoir un mais comme je pense que la majorité des médecins ne l'ont pas spécialement, sur le rythme du renouvellement. Je pense que la consommation, et ça ça vaut pour l'observance de façon générale, c'est vraiment très très important de refléter au patient, ce qu'il prend effectivement car le patient est loin d'en avoir conscience. Et donc je pense qu'un des rôles du pharmacien peut vraiment être d'aider le patient à avoir un reflet sur sa consommation. Et à l'interpeller là-dessus parce que je pense que se connaître, c'est comme dans toutes les addictions. C'est se connaître consommateur. C'est pour la cigarette, savoir combien/comment/quand/ pourquoi. C'est également pour la boisson, savoir combien/comment/quand/ pourquoi. Dans quelles circonstances on fume ou on ne fume pas ou on a plus besoin, on a moins besoin.

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ? Est-ce que ça vous pose problème qu'il ne fasse pas certaines choses ou... ?
Personnellement, ça en me manque pas parce que j'aime beaucoup. C'est un aspect que j'aime vraiment beaucoup le fait de pouvoir aider les personnes, quel que soit l'addiction ou la consommation à être maître de ce qui se passe. Le pharmacien peut tout autant. Le pharmacien dans son officine, c'est plus difficile à mon avis d'aborder des questions de vie, des questions personnelles et ils n'ont pas tous les éléments pour savoir si c'est le bon moment et donc je pense vraiment qu'il faut faire heu, qu'il faut faire attention que le message générique qui peut être délivré par les pharmaciens c'est très bien, de dire « votre médecin vous a sans doute parlé de l'effet ... », un rôle d'information, un rôle de reflet par rapport à la consommation effective, un rôle par rapport à la possibilité de diminuer. C'est là surtout que je verrais un rôle des pharmaciens. Éventuellement une prise de contact car il y a maintenant le rôle des pharmaciens référent. Pour les patients dont ils sont pharmaciens référents, de pouvoir avoir un petit contact ponctuel avec le médecin, en disant je contacte que, est-ce que ?

Relances :

Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ? Vous y avez partiellement répondu mais pouvez-vous préciser ?

De choisir le moment, le moment idéal. Je pense vraiment que le pharmacien n'a pas les données, de choisir le rythme et d'interroger sur les conséquences de la diminution, le vécu de la diminution. Je pense que le pharmacien a plus un rôle sur le principe de la diminution, sur l'aspect générique de la diminution.

- Avez-vous une anecdote à propos du pharmacien dans la déprescription ?

Certainement heu. C'est en particulier... (sonnerie de GSM)... La grande importance que le pharmacien a dans le respect des dosages, quand il y a une déprescription, et de vraiment en faire son allié pour qu'il comprenne que c'est important de donner toujours les mêmes gélules et par rapport au patient, que le patient puisse s'y retrouver, par rapport à ça et heu oui. Une anecdote, je n'ai pas d'anecdote précise, généralement ça se passe bien. Je pense que l'une ou l'autre fois, il y a eu une imprécision par rapport aux dosages, en particulier lorsque les dosages sont plus petits. Et alors les pharmaciens régulièrement disent « ah mais vous savez le patient va devoir payer les magistrales » et là j'essaie de faire un calcul avec le patient que c'est comme pour la cigarette, ça va coûter plus cher durant un certain temps mais comme il va consommer moins de produit, au total il va s'y retrouver. Ça c'est un aspect au niveau qualité de vie donc ça c'est un aspect à mon avis qu'il faut aussi prendre en compte.

- **Thème 2B :**

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ? Pas uniquement dans votre pratique mais de façon générale.

On parle des concepts STOPP&START, en particulier chez la personne âgée. Et donc les bzd, en particulier dans ce contexte, pour tout généraliste qui se recycle, qui participe à des formations, les jeunes généralistes en particulier, c'est une chose à laquelle ils sont sensibilisés. Dans ma génération et celle qui a suivi, on a prescrit beaucoup de bzd, on a surtout represcrit beaucoup de bzd et donc on a été amené à beaucoup diminuer. J'ai un patient, il a maintenant 65 ans, presque 70... 68 ans ! Il était à l'époque, beaucoup plus jeune, avec qui j'ai déprescrit et arrêté enfin diminué puis déprescrit 3 bzd différentes et c'était vraiment un patient qui était considéré comme toxicoman et porté aux addictions et maintenant il ne consomme plus rien. Et donc voilà c'est vraiment important, les jeunes d'aujourd'hui sont vraiment sensibilisés à la durée de la prescription en cas de prescription de bzd heu et voilà je pense nous aussi. Mais il se peut qu'il y ait encore dans les anciennes générations des réflexes et je pense que les urgences ont parfois un rôle qui n'est pas tout à fait idéal dans la prescription initiale de bzd. Je pense au Diazepam, je pense au Temesta, je pense à l'Alprazolam. Dans différentes condition - au Tramadol aussi par exemple mais ce n'est pas notre propos - sans que le patient ait en tous les cas intégré qu'il s'agit de quelque chose de ponctuel. Donc là je pense que vraiment, je le dis en rapport avec la question, car aux urgences, on va trouver des généralistes parfois, dans le service de garde, parmi les médecins de garde et donc il y a un rôle très important du généraliste qui voit ponctuellement un patient, un message très très clair à faire passer et que le médecin traitant soit le plus possible tenu au courant du fait que le patient a eu tel médicament en tel dosage et tel conditionnement à telle occasion. Donc vraiment de la rigueur par rapport à cela pour pouvoir refléter de nouveau.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ? Vous avez déjà dit pas mal à ce propos mais avez-vous des choses à ajouter ?

Non, le rôle idéal c'est un rôle essentiel. Je pense qu'il doit poser la question à chaque prescription. A chaque prescription de bzd, poser la question. En faisant référence à ce dont on a déjà parlé et en disant, quand vous vous sentez prêt, quand vous vous sentez prêt, je vous proposerez de diminuer un petit peu. Ou jusque la prochaine fois, je vous propose d'essayer de faire ci ou de faire ça. Si vous n'y parvenez pas, je vous propose une diminution plus petite et de proposer des formes qui sont différentes. Quand c'est le Lysanxia par exemple, que ça soit des gouttes à la place de comprimés, à la place de Stivotril qui est beaucoup beaucoup prescrit et dont je n'ai pas beaucoup parlé car il est surtout parmi des hypnotiques.

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ? Vous avez déjà abordé l'importance du choix du moment de la déprescription. Est-ce qu'il a d'autres choses qui relèvent exclusivement du médecin ?

Les interactions, enfin pas les interactions mais le fait qu'il y ait d'autres médicaments en même temps mais ça peut relever du pharmacien aussi. De voir si un patient prend par exemple des antidépresseurs en même temps, de voir un petit peu... Le pharmacien peut être au courant que la dose des antidépresseurs chez le patient qui a été chez un psychiatre a été augmentée récemment. Le pharmacien sait parfois des choses que le médecin traitant ne sait pas spécialement et il peut donc y avoir une complémentarité d'informations à ce niveau-là. Quoique le patient le dise. Mais surtout maintenant, en période covid, on va avoir pas mal de represcriptions par téléphone et je le vois quand je suis amenée parfois à represcrire pour un patient qui n'est pas un de mes patients, heu je vois qu'il a parfois une liste de renouvellements qui a été faite depuis un an, un an et demi sans que la question n'ait été posée. Donc ces patients-là, moi je suis sensible, au fait qu'ils peuvent devenir acteurs et donc j'essaie soit de les orienter vers le médecin traitant, soit de leur dire « écoutez, venez pour qu'on en parle ».

6. **Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien**

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ? Elle est bonne. Elle est bonne si on la cherche.

- Est-ce que vous pouvez me parler d'une collaboration que vous avez déjà faite avec un pharmacien pour une déprescription ?

Ce sont les collaborations plus techniques, comme je disais. Et alors d'encourager le patient aussi, mais de façon générale, comment ça se passe ?

- Non c'était plus d'avoir votre avis sur la collaboration. Est-ce que vous remarquez que ça collabore ou pas ? Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général ?

Oui

- Dans quelle mesure trouvez-vous cette association faisable dans la pratique ? Si non, quels en sont les principaux freins ?

C'est tout à fait faisable. Il faut connaître les pharmaciens donc c'est la multiplicité des pharmaciens qui est parfois problématique. Et au sein même d'une même officine, il y a plusieurs personnes aussi. C'est pour ça que je ne spécifierais pas trop le rôle du pharmacien par rapport à un patient donné sauf si il est son pharmacien référent, là il y a plus que ça. Mais donc ça serait peut-être un frein, la multiplicité des pharmacies différentes. Je pense que le rôle du pharmacien est vraiment important mais avec des messages qui sont clairs, qui sont répétés et qui sont mis en lien avec le médecin traitant. Le médecin traitant, de son côté, s'informant si le patient va toujours chez le même pharmacien, si il connaît la notion de pharmacien de référence et de vraiment donner ce conseil-là d'essayer de se fidéliser au pharmacien comme il se fidélise en tous les cas chez nous, comme on travaille au forfait.

- Et cette collaboration, elle se passe en général comment ? Par téléphone ? Êtes-vous facilement joignable.

Oui par téléphone. Oui ils téléphonent. Alors certains ont mon smartphone, les plus fréquents. Sinon ils appellent à la maison médicale, à l'accueil, ils savent qu'ils peuvent donner notre smartphone ou nous les passer directement. Généralement, ce sont des appels qu'on reçoit assez facilement.

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence ?

De façon générale, le patient sait que je peux être amenée à avoir des contacts avec le pharmacien et donc ça le cadre général est connu. Si un pharmacien m'appelle avec quelque chose de pertinent je le note en mode « contact dossier » et je note « à telle date, contact avec le pharmacien, à propos de ceci » et j'en parle avec le patient la fois suivante. Si ça ne peut pas attendre, je contacte le patient.

- Si vous devez joindre un pharmacien à propos d'une déprescription, vous l'appellez alors que le patient est en face de vous ?
 Oui. Alors si il y a des considérations, c'est en général des considérations pratiques, c'est vrai que l'idée me semble bonne, que devant le patient, de téléphoner au pharmacien en disant « voilà, on a décidé avec Mr/Mme de commencer une déprescription, nous voulions vous tenir au courant, voilà la façon dont je propose au patient que cela se passe, il reviendra chez moi d'ici 3 semaines ou bien j'aurai un contact téléphonique au minimum d'ici 3 semaines – parce que c'est généralement le laps de temps que je prévois, ou d'ici une semaine dans certains cas pour voir un petit peu – n'hésitez pas à me contacter lorsque le patient est chez vous si il y a une quelconque question ».

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin en général? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la consommation des bzd ? Sous quelle forme ? En présence du patient ?

Je pense que au niveau des études et de la formation, c'est important que cela soit déjà mis en place. Comment communiquer de façon général avec les autres acteurs de la santé ? Quel est le meilleur moyen, y compris au niveau RGPD, parce que vous parliez du mail, ça peut être un bon moyen, j'ai des mails de pas mal de pharmacies de mes patients et donc quand je leur prescris maintenant, si j'envoie par mail, j'envoie par mail directement à la pharmacie pour les patients qui n'ont pas de mail ou smartphone. Mais ça c'est sécurisé puisque c'est à partir du logiciel lui-même. Donc voilà, je pense que c'est important déjà depuis les études, de sensibiliser au fait que la collaboration est importante et de choisir le meilleur média de communication effectif. Je pense que la période covid a fort amélioré les possibilités techniques de communication mais que ce n'est pas encore du tout du tout optimal et que c'est encore beaucoup trop diversifié. Et donc il faut que ça soit beaucoup plus fluide et en particulier plus fluide concernant des situations particulières, qu'il y ait une possibilité de contacter de façon plus ciblée, sur un patient donné en dehors des consultations etc.

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc.) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc.
 Oui tout à fait, par exemple je mets des notes dans la prescription et je mets « déprescription », par exemple.

- Et pour cela vous avez des retours ? Vous avez l'impression que le pharmacien va s'impliquer d'avantage au patient quand vous mettez ce type de notes ?
 Non, non. J'ai l'impression que le pharmacien est très très souvent un exécutant, très souvent. Et j'attends de lui exclusivement qu'il soit un bon exécutant, pas uniquement exécutant bien sûr mais d'exécuter en donnant sens, et qui si jamais ça ne prend pas sens pour une raison ou une autre, je sois contactée. Je ne dis pas que mes ordonnances sont quelque chose d'autoritaire, ça ne s'appelle plus des ordonnances d'ailleurs maintenant, ça s'appelle des prescriptions et je pense que ça prend vraiment tout son sens.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?
 Là il me semble qu'il y a un rôle très important du pharmacien, c'est de ne pas substituer avec un tas d'autres produits parapharmaceutiques qui vont coûter cher au patient, et que effectivement le patient puisse à terme se passer de tout produit. Ça c'est une chose à laquelle je suis assez sensible. Beaucoup de patients disent qu'ils n'aiment pas les médicaments mais ils ont une table qui est pleine pleine pleine de produits parapharmaceutiques et là je trouve que c'est un rôle important pour le maintien. Il y a l'enjeu du maintien mais il y a l'enjeu aussi que la personne puisse vraiment réaliser qu'elle peut vraiment s'autonomiser par rapport aux produits, y compris parapharmaceutiques.

- Est-ce que vous pensez à autre chose ?
 Par rapport à ça, le pharmacien a un œil sur les médicaments que le patient prend. Je ne sais pas quel œil il peut avoir sur ce qu'il aurait été acheté dans d'autres pharmacies en l'ayant obtenu « d'autres médecins ». Il pourrait y avoir par rapport à certaines classes de médicaments, une attention particulière à ces prescriptions, redélivrances de produits qui ont été abandonnés. Il y a aussi un rôle très important, et ça les pharmaciens le connaissent, dans la consommation de produits qui sont délivrés à un conjoint, à un parent, à un enfant. Donc il y a la prescription et il y a la consommation. Ce ne sont pas toujours les mêmes. Et le pharmacien peut avoir un rôle là en disant, « tien, je vois que le médecin vous a prescrit telle chose, je vois que ça n'est pas habituel » « ah oui mais c'est pour mon mari, sa carte d'identité n'était pas justement plus en ordre » attention là-dessus.

- Et le médecin peut aussi mettre des choses en place pour que la molécule soit abandonnée durablement ? Pour l'instant, vous avez surtout cité ce que le pharmacien pouvait réaliser ?
 Oui c'était l'observation. L'observation sur la qualité du sommeil, l'observation que c'est possible.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?
 Il y a des choses qui pourraient changer dans les conditionnements. Des conditionnements plus petits avec des doses moins fortes. Je pense que ça serait très intéressant que dans un processus de déprescription, il y ait une intervention de l'INAMI.

- Puisque les pharmaciens sont rémunérés à la vente. Est-ce que vous pensez qu'un code INAMI pourrait les aider à stimuler les patients à aller revoir leur médecin traitant pour déprescrire une bzd, à leur expliquer ce qu'est un sommeil de qualité etc. ? Est-ce que vous pensez que si ils étaient plus présents dans les informations qu'ils donnaient avec des micro-entretiens au comptoir, vous pensez qu'ils devraient être rémunérés de cela ?
 Oui si ça se passe comme ça, ils devraient être rémunérés mais moyennant formation et le fait que ça ne soit pas substitué par des produits de comptoir, justement.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc.) ?
 Oui aux antalgiques certainement, bronchodilatateurs, neuroleptiques. Je suis personnellement très attentive à la consommation effective des patients. Tant dans un sens où les médicaments qui doivent être pris de façon régulière, que dans l'autre sens, pour les médicaments que je propose en si nécessaire. Et en désescalade.

• CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Est-ce que vous pouvez également résumer la collaboration avec le pharmacien ? Merci beaucoup.

Collaboration médecins – pharmaciens dans le cadre de la déprescription : oui, certainement ! L'importance de la communication, l'importance de la mise en pratique, l'importance du suivi conjoint, l'importance que le patient se sente acteur concerné et encouragé, félicité. Et encore après car vous parliez de comment maintenir. Je pense que continuer à fêter, à dire, à les féliciter par rapport à ça me semble important.

- **Interview MG 3**

1. **Thème 1 : Présentation**

- Peux-tu te présenter en me parlant de ton âge, tes pratiques passées et actuelles, tes années d'expérience etc ?
J'ai 31 ans. J'ai fait un assistantat de deux ans et maintenant c'est la 4ème année où je travaille. J'ai toujours travaillé à Bruxelles en assistantat et après, sauf que j'ai quitté la Belgique un an, j'ai travaillé 6 mois en Guyane Française. Et donc là, j'ai une pratique dans une maison médicale au forfait à Bruxelles, à Etterbeek avec chacun sa patientèle dans la mesure du possible car il y a aussi des patients.. quand même pas mal ici malheureusement car il y a eu pas mal de changement de médecins... il y a encore pas mal de patients qui vont d'un médecin à l'autre.

2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- As-tu de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, peux-tu me livrer un exemple ?
Oui j'ai beaucoup de patients sous benzo. Souvent des benzo introduites par d'autres médecins que moi dans le passé, des patients de longue date sous benzo et z-drugs, un peu plus plus benzo que z-drugs je dirais. J'en introduis peu moi-même, en tous les cas au-delà de 65 ans, je dirais presque jamais. Et donc voilà, c'est souvent des patients chez qui c'est difficile de les arrêter justement car ça a été introduit par quelqu'un d'autre. Souvent c'est pris de manière chronique et donc ils n'envisagent pas l'arrêt qui est difficile à faire et à introduire. Même si j'essaie toujours d'en parler. En général, je revois un peu l'indication, j'essaie de voir depuis quand il le prend et quelle dose. Ce qui lui interprète; pourquoi il le prend, quel effet il a l'impression que ça fait sur lui, est-ce qu'il a déjà essayé de l'arrêter, est-ce qu'il la prend tous les jours, est-ce qu'il ne la prend pas tous les jours? Est-ce que c'est vraiment chronique et qu'on ne sait plus très bien l'effet ou est-ce que ça reste un petit peu en bouée de secours? Après, j'essaie aussi de mettre un cadre dans un premier temps. Donc c'est vraiment de voir la quantité, d'être sûre en tous les cas qu'il n'augmente pas les quantités, qu'on reste tout le temps dans des quantités fixes ou diminuées mais qu'il n'est pas dans une escalade. Et par après, quand j'arrive un peu à faire ces deux points là, je dirais, je parle d'arrêter ou de diminuer en fonction de ce que veut le patient. Je dirais que le plus souvent c'est quand même pour l'endormissement, au-delà de 65 ans. Même si il y en a pour qui c'est pour l'anxiété. Le plus souvent, c'est plus la benzo du soir. Et alors, j'essaie de diminuer progressivement les doses, très progressivement. Diminuer de 25%, parfois, pas tous les jours, certains jours, de voir comment ça se passe etc. Et alors, parfois dans certains cas où c'est vraiment difficile, j'essaie de remplacer. Quand la diminution ou l'arrêt est vraiment difficile, je remplace par de la Trazodone souvent, quand on parle de la bzd pour l'endormissement, pour essayer de diminuer progressivement.

- Est-ce que tu agis différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ?
Oui en fonction de la situation du patient, je vais parfois plus accélérer et plus insister. Par exemple, quand il y a des confusions, quand il y a des risques de chute, quand il y a quelque chose d'aigu qui fait que ça devient quand même vraiment important de l'arrêter. Alors là, je vais quand même être plus active dans l'arrêt et parfois aller jusqu'à diminuer progressivement et imposer un peu l'arrêt chez certains patients. Après, en fonction du profil, pas vraiment. J'ai pas certaines que j'aime mieux ou moins bien, peut-être que je ne connais pas assez mais voilà.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**

- Dans ton expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription?
Et bien j'ai jamais de pharmacien qui m'ait interpellé là-dedans. Heuu donc je ne leur connais pas de rôle spécifique. Ça pourrait être un rôle intéressant mais là concrètement, je n'ai jamais été interpellée par eux.

- Et jamais non plus de retour de patients qui disent "mon pharmacien m'a dit que..." ?
Jamais de retour de patients non plus. Non.

- Selon toi, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ?
Ce qui peut être intéressant c'est s'il voit surtout maintenant avec les prescriptions électroniques par exemple, qu'il y a des patients qui consomment des benzo prescrites par des médecins différents, heu et de nous interpellent par rapport ça.
Après, nous ici le biais c'est qu'on est une maison médicale au forfait, et donc les patients ne vont normalement que chez nous. Ils pourraient aller chez d'autres médecins mais ils ne seront pas remboursés donc c'est assez rare d'avoir des patients qui font du shopping médical. Maintenant, ça pourrait quand même être le cas, si les patients vont chez leur spécialistes et demandent leur benzo et puis chez nous, mais donc le patient pourrait quand même être interpellé, donc ça filtre quand même un peu cette question-là.
Moi le rôle principal que je leur vois en tous cas, après je sais qu'il y a aussi des patients qui demandent d'anticiper des boîtes, et ça c'est peut-être l'erreur. malheureusement les seuls cas où on a du avoir des contacts avec les pharmacies, c'est sur des patients qui nous disent, la pharmacie m'a avancé une boîte et du coup chez qui il faut être sûr que la pharmacie a avancé une boîte, qu'on ne fait pas une deuxième ordonnance car en fait ils consomment plus et c'est d'avoir vraiment une tolérance zéro par rapport à avancer une boîte de bzd.

- Que penserais-tu d'un pharmacien qui donne des informations au patient sur les effets secondaires des bzd, d'un possible arrêt etc. ?
Moi je pense que ça serait super. Que toute information redite par le pharmacien est bien, surtout que nous on prend pas toujours le temps d'en parler non plus. Et donc si c'est fait par deux côtés - par le pharmacien qu'ils connaissent bien ou moins bien - je pense que ça serait intéressant.

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?
Moi je dirais vraiment gérer la déprescription, vraiment diminuer les doses, je pense que ça doit être accompagné.

- Et est-ce qu'il pourrait proposer une initiation de diminution sans contacter le médecin par exemple? Est-ce que toi en tant que généraliste tu trouverais ça choquant?
C'est difficile de dire car on a tellement jamais été confronté à ça. Je pense que sans contacter le médecin, je serai peut-être quand même un peu choquée mais si ça serait quelque chose de positif s'il y arrive. Mais je pense que ça serait mieux de le faire en collaboration quand même.

- **Thème 2B :**

- Dans ton expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription des bzd? Et donc pas uniquement ta pratique mais également celles autour de toi.
Je crois que ça se fait mais pas assez. Il y a beaucoup de patients donc le renouvellement se fait un peu de manière habituelle chez des patients qui sont depuis longtemps chez un médecin et on ne pose plus la question de la bzd car il y a une certaine habitude, une certaine fatigue du médecin d'en parler

ou une gêne ou un manque de temps. Maintenant, moi c'est plus facile car je suis plus jeune et du coup j'ai beaucoup de patients que je suis, les patients que j'ai je les suis depuis maximum 3 ans, je dirais. Et donc c'est plus facile, c'est plus facile à aborder car si il y en a une, ce n'est pas moi qui l'ai introduite, je peux facilement reposer la question, revoir les choses, ce qui est parfois plus difficile dans les patients chroniques qu'on suit depuis... au long court. Je pense que c'est la personne principale pour la déprescription de bzd, c'est le médecin généraliste!

- Selon toi, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?

Je pense qu'il faut plus alarmer, non pas alarmer, plus communiquer au patient les effets secondaires, connaître les effets secondaires du coup, de pouvoir les dire, et de pouvoir plus l'évoquer avec le patient. Et plus déprescrire de façon générale car ce n'est pas quelque chose qui est assez fait non plus. Et maintenant, je vais en parler peut-être parce qu'on parle du TFE mais peut-être de si on a des doutes au niveau des prescriptions, d'être un peu plus proactif et tout de suite prendre contact avec le pharmacien. Ça pourrait être un des rôles du médecin généraliste.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est ton avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle de façon générale?

Il y a quand même une bonne collaboration en général. Pour donner l'exemple d'ici, on travaille beaucoup avec un pharmacien de la rue qui travaille vraiment pas loin, est depuis longtemps là, et la maison médicale est là depuis longtemps aussi. Et donc on a une bonne collaboration, en tous les cas avec lui. Parce qu'il nous connaît personnellement, parce il nous appelle, parce qu'on va souvent chez lui et donc avec lui c'est une belle collaboration. Mais après c'est vrai que les pharmacies qui ne sont pas très loin mais qu'on connaît moins vont beaucoup moins souvent entrer en contact avec nous, que parfois on est amenés à le faire et c'est toujours très positif mais qu'on ne le fait vraiment pas souvent en fait.

- Et en termes de déprescription de bzd, tu disais tantôt que tu n'avais jamais été amenée à collaborer? Non je n'ai jamais été confrontée à ça.

- Te sens-tu à l'aise de travailler ensemble en général ? Tu parlais du pharmacien de la rue pour lequel c'était le cas mais les autres, tu les appelles volontiers? Si tu sais dire combien de fois par semaine...

Du coup, oui je me sens à l'aise de travailler avec eux même si comme je disais c'est plutôt une avec qui je vais plus souvent prendre contact, plus souvent l'appeler et le voir que les autres. Et par semaine, je dirais quand même que c'est moins qu'une fois par semaine. Je dirais qu'en fréquence ça doit être, si on veut parler spécifiquement des patients, ça doit être une à deux fois par mois.

- Ok, et c'est sur quel sujet?

C'est plus souvent dû à une prescription donc une prescription qui ne fonctionne pas, une prescription qui manque, un médicament qui n'existe plus. C'est parfois aussi des interactions médicamenteuses parce qu'ils ont maintenant un nouveau programme qui leur permet de voir celles-ci donc ça m'est arrivé qu'on m'interpelle à propos d'interactions médicamenteuses possibles. Oui je pense que c'est à peu près tout. Parfois dans des situations plus complexes aussi, en cas d'urgence au domicile. Quelqu'un qui ne sait pas se déplacer où il n'a pas de médicament, c'est déjà arrivé que j'appelle le pharmacien qui l'amène lui-même au patient.

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence ?

Bah je vais dire au patient déjà que je ne contacte et soit donner un retour, soit que le pharmacien fasse ce retour-là.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la consommation des bzd ? Sous quelle forme ? En présence du patient ?

Je pense que ça pourrait partir des deux côtés. Ça pourrait venir du pharmacien, comme je l'ai dit tantôt, car il a les prescriptions devant lui et qu'il voit... Maintenant, ça pourrait venir aussi du médecin qui interpelle le pharmacien sur une consommation de benzo et qui explique les prescriptions et qui explique la désescalade. Je crois que ça peut être vraiment bilatéral.

- Ok. Et ça se passerait par téléphone? Par mail? Via le logiciel?

Pour le moment, ça se passe plutôt par téléphone parce que c'est vraiment le canal le plus facile et comment. Car via les logiciels c'est un peu compliqué à part si on l'écrit sur l'ordonnance où pour le moment il n'y a pas vraiment d'autre moyen avec le pharmacien et en ordonnance électronique tout ne passe pas toujours bien en texte libre donc faudrait voir aussi si ça fonctionne. Par téléphone, c'est un contact direct.

- Et si le pharmacien te contacte par téléphone, est-ce que tu es souvent joignable?

Alors oui j'essaie d'être joignable et si je ne contacte pas directement le pharmacien, ça peut être difficile parce que il est souvent à ce moment-là devant le patient. Donc en général, ils appellent la maison médicale qui me passe directement et s'ils appellent sur mon téléphone privé, je ne vais pas toujours répondre tout de suite parce que je ne me rends pas compte que c'est eux mais je rappelle après.

- A l'ère du numérique, peux-tu imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc.) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc.

Oui j'ai quand même l'impression que ça pourrait être facilement mis en place de mettre une espèce de notification pour dire qu'il y a une désescalade, un certain maximum de boîtes, de comprimés par mois, des choses comme ça, j'ai l'impression que ça serait envisageable. Ce qui se fait déjà parfois plus ou moins, c'est pas vraiment quand on essaie de diminuer mais quand il y a vraiment une question d'abus, c'est de mettre une boîte et "délivrer x comprimés par semaine" mais ça ne va pas être spécialement le cas dans la désescalade. C'est encore différent un abus.

- Et de pouvoir juste mentionner au pharmacien qu'il y a une sensibilisation qui a été faite en consultation sur la déprescription des bzd, est-ce que toi tu verrais décrire ça ton ordonnance ou de le transmettre d'une certaine manière au pharmacien pour qu'il puisse continuer ton travail?

Oui ça serait une bonne chose en tous cas et puis ça pourrait être possible si on sait que le pharmacien est un peu alerte à ça aussi, qu'il comprenne un peu pourquoi on met cette notification-là.

- Et donc tu ne te verrais pas le faire pour tous les pharmaciens mais certains?

Non non je pense que ça peut être fait pour tous.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Bonne question. Beh il pourrait déjà y avoir des espèces de formations communes, des messages communs délivrés. Ce qui fonctionne toujours bien, malheureusement c'est financièrement. Je ne dis pas que personnellement c'est ce pour quoi j'aurais un plus grand attrait mais il y a beaucoup de médecins pour qui ça fonctionne comme ça.

- Quand on sait que les pharmaciens sont rémunérés par leurs ventes et que donc la déprescription dans cet ordre-là n'est pas très motivante pour certains, est-ce qu'un financement justement chez eux pourrait être intéressant ou pas du tout?

Oui, je pense. Pour eux, c'est vrai que ça pourrait être intéressant qu'ils facturent un peu l'éducation au patient quoi, oui.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

C'est de pallier aux besoins du patient, parce que en général il y a une vraie raison pour laquelle il la prend et de substituer par autre chose qui ne serait pas un médicament. C'est la solution idéale. C'est difficile à mettre en place mais qui reste quand même possible. C'est la seule chose que je vois là comme ça.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, penses-tu qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc). ?

Oui oui je pense. Oui j'allais dire pour le Tramadol et tous les antalgiques, les opioïdes etc. Ça pourrait être généralisé.

· **CONCLUSION**

- L'entretien se termine. Je te remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? Merci beaucoup.

Ça s'est bien passé.

En conclusion, moi déjà je n'avais pas pensé à cette collaboration-là, avec les pharmaciens. C'est vrai que ce n'est peut-être pas quelque chose pour lequel on a vraiment l'habitude alors qu'en fait, ils sont vraiment de la première ligne comme nous et c'est souvent par pour tout le monde mais pour beaucoup de patients une relation privilégiée. Ça serait pas mal complémentaire de collaborer avec eux , surtout qu'on a ici vraiment des patients des alentours donc c'est vraiment souvent les mêmes pharmacies, c'est des canaux assez faciles si on doit collaborer avec les mêmes pharmaciens. Voilà.

- **Interview MG 4**

1. Thème 1 : Présentation

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc ?
Donc je m'appelle ... et je suis médecin généraliste depuis 1970, j'ai 76 ans et j'arrête mon activité à partir du mois de janvier maintenant donc je suis en train de relayer, je dirais tous mes dossiers, je cherche pour chaque patient le remplaçant ou la remplaçante la plus adéquate et donc je suis encore très actif à ce niveau-là. En principe, j'arrête vraiment cette année-ci. J'ai toujours travaillé en milieu urbain, à Bruxelles. J'ai travaillé en solo mais assez bien collaborant, assez bien avec des assistants/assistantes ainsi qu'avec le centre Emeraude ici depuis que des anciens assistants à moi travaillent ici, et mon fils ici d'ailleurs. Donc maintenant, je collabore plutôt avec eux mais en restant à mon cabinet chez moi. Je n'ai jamais travaillé que sur rdv et j'ai pendant de très nombreuses années été collaborateur de la société scientifique de médecine générale où je me suis d'ailleurs occupé aussi de ce problème de collaboration, de cette dynamique de collaboration médecins- pharmaciens.

2. Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?

Oui heu. Manifestement, déjà dans des rencontres médecins-pharmaciens heu mais en plus je dirais dans des collaborations plus personnelles avec par exemple une pharmacie qui se situe à 150 mètres de chez moi. Heu c'est une pharmacienne qui vient de remettre son officine, je veux dire heureusement qu'elle ne l'a pas fait plus tôt par exemple j'ai une très très bonne collaboration avec elle et donc j'essayais à chaque fois de savoir si les gens qui prenaient des bzd venaient régulièrement chez elle ou éventuellement chez d'autres pharmaciens en même temps. Ce qui dans le temps n'était pas vraiment possible de dire et que maintenant évidemment avec les nouveaux systèmes, les pharmaciens eux-même savent très bien que d'autres prescrits, ont délivrés des bzd. C'est un problème qu'on connaît depuis longtemps car on sait que les gens allaient parfois chez plusieurs pharmaciens par rapport à la consommation abusive.

- Et en terme de déprescription de bzd avec vos patients, est-ce que vous avez beaucoup d'expérience en consultation?

Oui depuis toujours, en fait, on sait que les bzd sont un problème en terme d'accoutumance et que donc on essaye toujours de convaincre les gens de se déshabituer des bzd mais on sait aussi tous comme généralistes que c'est difficile car les gens sont déjà devenu dépendants et que donc ils ont l'impression que sans leur bzd ils ne dormiront plus et seront toujours angoissés, qu'ils en ont vraiment besoin. Donc les convaincre qu'il y a d'autres solutions, ça ne les convainc pas vraiment.

- Et comment vous vous y prenez pour aborder cela en consultation?

Alors j'ai la chance de n'avoir jamais fait que des consultations sur rdv et en prenant des rendez-vous à la demi-heure, donc j'ai le temps en consultation et j'ai toujours eu le temps, je n'ai jamais eu de consultation ouverte de toute ma vie. Et que donc quand je savais qu'il y avait un problème de ce type-là, je pouvais parfois même consacrer plus d'une demi-heure pour être sûr que le dialogue soit possible.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament, de la molécule?

Oui donc le type de patient et les molécules sont déjà deux choses différentes. Le type de patient, bien sûr qu'on connaît les patients qui ont un profil plus apte à la dépendance, que ça soit aux benzo, que ce soit à l'alcool, que ce soit aux deux. Entre guillemets d'ailleurs, les plus mauvaises expériences, les plus difficiles sont ceux qui ont consommé les deux et qu'on sait très bien que les interactions sont des gens qu'on retrouve à l'hôpital car ils ont chuté etc., parce que ils ont des effets secondaires bien plus importants que simplement le problème d'accoutumance, il y a vraiment des interactions et que l'alcool potentialise et donne aux bzd un profil à risque bien plus important. Mais donc oui, il faut le temps et même avec le temps, on se rend compte que c'est une entreprise difficile et qu'on est tous quand même un peu, comme même piégés par les patients, en ce sens que l'on sent bien dès le début qu'ils veulent arriver à leur but, c'est-à-dire avoir une prescription.

- Cela vous a découragé d'entreprendre certaines déprescription?

Oui je dirai qu'il y a même des gens chez qui on y arrive pas, en fait. Ça reste une minorité mais parfois on est découragés car on se rend compte qu'il n'y a pas d'issues ou que quelque part les gens ont l'impression que si on va dans la déprescription, on les abandonne. Et donc il y a un peu le sentiment d'abandon que un généraliste n'aime jamais et que donc si on voit que les gens y sont tellement accrochés que ne pas leur prescrire, c'est les abandonner, on a plus difficile.

Rôles des prestataires

Thème 2A:

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?

Beh on sait que ce sont des alliés importants, d'abord ils ont la même préoccupation que nous et deuxièmement que ils connaissent parfois mieux les patients et leur entourage que nous. Les gens parlent beaucoup dans leurs officines, ils savent que le pharmacien est ouvert au dialogue. Ils ont beaucoup de relations positives avec l'entourage.

- En dehors de cette connaissance du patient, est-ce qu'il a d'autres rôles actuellement?

Oui manifestement dans les interactions, ils ont des logiciels plus performants que les nôtres et donc au sujet des interactions c'est bien souvent le pharmacien qui nous met en garde ou qui nous informe d'éventuelles interactions que nous n'aurions pas éventuellement vues.

- Et dans la déprescription, est-ce que ils ont d'autres rôles?

En tous les cas, déjà le dialogue permet quand on est tout seul face à ce problème-là, on a plus difficile que quand on a un allié. Donc ils ont manifestement un rôle d'un objectif commun qu'on peut partager.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription?

J'ai pas du tout un sentiment que en général il ne fait pas. Je pense vraiment que les pharmaciens sont sensibles et je dirais qu'ils ont peut-être plus facile car ce n'est pas eux qui ont fait la prescription, de mettre les gens en garde. Nous sommes plus facilement complices du patient que le pharmacien qui, ce n'est pas lui qui a prescrit, il peut plus facilement prendre la distance que nous par rapport à ça.

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?

Oui elle est suffisante, primordiale et oui suffisante.

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?

Je ne vois pas bien ce qui relève exclusivement du médecin généraliste puisque c'est quand même le pharmacien qui fournit le médicament. Dans la mesure où c'est le pharmacien qui délivre, je n' imagine pas exclure son rôle.

- Est-ce que donc un pharmacien qui initierait une déprescription sans vous avertir auprès d'un patient, vous trouveriez ça étonnant ou?

Je trouverais ça dommage car si il y a bien une occasion de collaboration et de rentrer en contact et de partager la préoccupation. Je trouverais ça dommage que le pharmacien fasse ça sans en parler. Je ne lui en voudrais pas pour ça mais je trouverais cela dommage.

- Thème 2B :

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?

Je pense que tous les généralistes essaient de déprescrire mais que certains généralistes sont uniformément et j'en ai rencontré suffisamment pour en être convaincue, ont cette même difficulté de déprescrire chez un patient qui manifestement utilise trop de benzo, mais manifestement n'a pas l'impression qu'il saurait faire autrement que ça.

- Donc selon vous le frein principal pour la déprescription du généraliste, c'est la résistance du patient?

La résistance, pas méchante, seulement parce que il a l'impression que sans ça il serait dans le pétrin quoi.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?

La première chose, c'est de collaborer plus avec le pharmacien parce que alors on a un allié en déprescription. La deuxième chose c'est d'en parler peut-être plus. On a quand même des lieux de rencontre obligés, par exemple les GLEM. Je pense que c'est un sujet de GLEM important. Et donc même de GLEM où on inviterait un ou deux pharmaciens du coin pour en parler avec eux.

- Et avec son patient, qu'est-ce que le généraliste pourrait faire d'avantage?

Le problème du généraliste, et peut-être encore plus aujourd'hui qu'avant, c'est le problème du temps et prendre le temps nécessaire à montrer que finalement, ce n'est pas leur rendre service que de continuer à prescrire autant de bzd.

- Donc c'est en terme de prescription médicale qu'il y a déjà un effort à fournir lors de la première délivrance?

Beh je crois que la première délivrance, c'est rare que ça soit le généraliste qui la fasse. Donc aujourd'hui en tous les cas, on ne donne pas en principe, on a des alternatives plus qu'avant. On a des molécules qui ne sont pas des bzd, qui permettent, je vais en citer comme la Trazodone, qui sont des alternatives qu'on avait pas avant et qui permettent plus facilement de convaincre les gens qu'il y a une autre solution que leur bzd.

- Au niveau du rôle idéal, est-ce que vous avez des choses à rajouter?

C'est son rôle je dirais. Il n'est pas que prescripteur, le généraliste. C'est son rôle d'accompagnant et en plus il est très souvent médecin de famille donc il se rend compte que la bzd n'influence pas que la personne à qui on en prescrit mais que ça influence l'entourage aussi et qu'on peut dire par exemple que l'entourage est déjà venu dire que son époux/épouse par exemple, consommait trop de médicaments et c'est souvent comme ça que quand les gens viennent se fournir à plusieurs endroits, qu'on perçoit qu'il y a un problème. Ce n'est pas la personne qui en parle mais ceux sont les autres.

Relances :

- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription ?

Et bien heu et c'est peut-être même plus qu'une fois ahah donc ce n'est pas UNE anecdote, ça se répète. On a eu une prescription il y a un mois et qu'en fait on a été à la toilette et on a tiré la chasse et la prescription est partie avec le reste ahahah. Et que donc ce ne sont pas des médicaments qu'on a utilisés mais qui ont disparus. Et ça je l'ai eu plus qu'une fois.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en termes de déprescription de bzd ?

Elle a de plus en plus d'occasions de se passer très bien, de par les rencontres dont j'ai parlé tantôt et aussi du fait que le pharmacien, moi j'ai encore connu "comme un concurrent", "comme si il voulait jouer au médecin", même à la société scientifique, en mode "on doit réagir parce que le pharmacien pense qu'il va devenir lui-aussi médecin", tout cela est occupé de changer très positivement. On a travaillé cela d'ailleurs de manière efficace et performante car ce n'est plus comme ça aujourd'hui je crois. Il y a peut-être encore des médecins qui ont, on entend encore, on a vu avec le Covid, "il ne faut pas faire croire au pharmacien qu'il est devenu médecin". J'ai vraiment vécu la transition, j'ai vraiment connu dans les syndicats, mais même à la SSMG, des courants qui disaient "il faut qu'on se défende contre le pharmacien qui vient donner son avis trop sur les prescriptions par exemple". Ca c'est vraiment un acquis de changement important. Je peux témoigner, vu mon âge, que les choses ont fort changé.

- Selon vous, est-elle suffisamment pratiquée au sujet des bzd ?

Non je pense qu'elle n'est pas suffisamment pratiquée car ce n'est pas toujours facile et que le médecin généraliste est toujours un peu "coupable" de prescrire trop et que donc il a pas trop envie que les autres s'en mêlent. Il y a une barrière psychologique par rapport au médecin qui pourrait se sentir un peu coupable d'avoir prescrit de trop.

- Il y a d'autres freins à cette collaboration?

Ha d'abord que médecins et pharmaciens, c'est une collaboration idéale comme je vous parlais tantôt, quand c'est dans le même quartier. Et il y a des gens qui vont à des pharmacies de gros et des choses comme ça. Collaborer avec des pharmaciens qu'on connaît, c'est évidemment très différent qu'avec des pharmaciens d'une grande pharmacie où il y a plusieurs pharmaciens par exemple.

- Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général?

Oui tout à fait! J'en connais beaucoup et j'ai quand même collaboré avec beaucoup. D'ailleurs, j'ai eu des pharmaciens comme patients, j'ai eu la responsable du CBIP en son temps, qui est décédée maintenant donc j'ai des gens avec qui j'ai quand même beaucoup travaillé. Même la collaboration, je vais dire sur le plan théorique et scientifique.

- Et tous ces pharmaciens rencontrés, c'est vous qui êtes allé les rencontrer en officine?

Ça peut être les deux. En tous les cas, la proximité fait que on les connaît bien et ça arrive qu'ils nous demandent aussi un conseil par rapport à ... Ça a commencé le plus souvent par téléphone mais ça peut aussi en rentrant à la pharmacie. A la limite, on va aussi à la pharmacie pour se fournir en matériel (compresses etc.) et aussi pour des médicaments à usage familial pour nous. Les pharmaciens à proximité, on les connaît bien.

- Quelle est la responsabilité du pharm/méd dans la difficulté actuelle à coopérer ?

Je ne partirais pas d'une difficulté à coopérer car maintenant il n'y a plus vraiment de difficulté. La première chose c'est le temps. On sait que le temps de tout le monde est compté. Je crois que pour les plus jeunes, le problème du temps est encore plus difficile. Je le transpose à un autre domaine puisque c'est la difficulté maintenant que j'ai de faire prendre le relais par des médecins plus jeunes, c'est leur disponibilité à faire des visites à domicile, que cette disponibilité-là, c'est du temps qui "n'est pas rentable". Moi je peux comprendre ça très bien mais c'est vraiment une difficulté. Nous on avait moins cette difficulté-là car je ne sais pas pourquoi mais c'est pas du temps rémunéré, tout le temps passé à la collaboration n'est pas du temps rémunéré. Et ça c'est aussi bien pour l'un que pour l'autre.

Relances :

- Comment maintenir la communication appropriée avec le patient lorsque cette collaboration médecin-pharmacien est réalisée en son absence ?

Quand c'est le cas, car je dois dire quand on arrive à poser le problème d'une surprescription, surconsommation et donc de déclencher une déprescription, je crois qu'on doit bien informer le patient et qu'il doit être lui-même partenaire, ça devient un dialogue pas seulement à deux mais à trois.

- Et donc comment vous vous y prenez pour que ça soit un dialogue à trois? Vous annoncez au patient que vous allez communiquer au pharmacien?
- Absolument. Et pas seulement qu'on va mais qui ont déjà communiqué. Que l'on est préoccupés ensemble du problème et qu'on veut l'en informer et que la seule préoccupation commune c'est de trouver la solution. Ce n'est pas une punition mais un service rendu.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devrait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd ? Vous aviez l'air de trouver votre collaboration bonne, vous pouvez peut-être expliquer comment vous vous y preniez?

Par téléphone, en tous les cas, pas par mails, c'est pas le genre de situations qu'on échange par mail. C'est idéalement la rencontre personnelle ou à la limite téléphonique mais en tous les cas pas par mail. Comment s'y prendre? Bah je pense que la première chose c'est la volonté de collaborer dans ce sens-là. Les moyens de communiquer sont pas compliqués. Le téléphone par exemple et quans c'est proximité, aller sur place, encore qu'aller sur place on risque de tomber sur d'autres personnes. Mais enfin on peut encore dire, est-ce que l'on peut avoir un moment où on se téléphone ou on se rencontre? Je pense que ça c'est un autre problème, l'officine est ouverte au public donc ça m'est déjà arrivé plusieurs fois de rentrer chez la pharmacienne, de discuter de quelque chose avec elle, et que quelqu'un attend alors je dis que je reviendrai plus tard et je demande quand on peut se voir, par exemple à la fermeture du midi etc.

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc

Je ne crois pas que c'est le numérique qui va arranger ça. Je crois que c'est le genre de dimension dans lequel le numérique est plus problématique que aidant.

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Je ne vois pas le rôle de l'INAMI là-dedans, de toute façon l'INAMI est hors-jeu puisque c'est pas remboursé.

- C'est là toute la question. Est-ce qu'il faudrait justement rémunérer une collaboration?

Ah rémunérer une collaboration! L'INAMI n'intervient pas dans la prescription des bzd financièrement. Maintenant qu'elle intervienne financièrement pour aider bien sûr. Ca serait un très bonne chose. Et d'ailleurs ce n'est pas l'INAMI mais c'est quand même les pouvoirs publics qui ont participé pour l'organisation des rencontres médecins-pharmaciens, que ça soit dans les GLEM ou autre. Je pense que l'INAMI c'est plus ambigu que c'est quand même le rembourseur mais ici ça ne le concerne pas puisque il ne rembourse pas les bzd. Je vois plus la santé publique que l'INAMI là-dedans.

- Parce exemple quand un pharmacien il explique longuement à un patient pour ses antidiabétiques ou pour les dispositifs d'inhalation, il peut mettre un code INAMI pour se faire rembourser de ces explications, est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui devrait être développé pour les benzo , si il explique par exemple un schéma de sevrage?

Je le verrai plus large que ça car c'est de nouveau rendre le patient et éventuellement le médecin coupable dans la mesure où ... Ca doit rentrer dans quelque chose de plus large: faciliter la collaboration médecin pharmacien mais pas le limiter aux bzd en tous les cas. Le limiter aux bzd c'est même un peu pervers je trouve.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

Le premier facteur c'est le temps car ça prend beaucoup de temps et quand on a pas le temps, forcément on... Ou bien on donne au patient l'impression qu'on l'abandonne, ou bien on a pas de solution si on a pas le temps car c'est quelque chose qui prend du temps. Et de nouveau, je dirais, les consultations de 15-20 mnne permettent pas, alors qu'il y a un autre chose dans la consultation, ne permettent pas d'aborder ce problème-là. Je crois que donner des moyens plus importants à la collaboration, sans les limiter aux bzd.

- Vous qui collaboriez beaucoup avec une pharmacienne, est-ce que au final c'était du temps gagné par la suite?

C'est du temps gagné pas seulement parce que on est beaucoup plus efficace dans la collaboration que quand on est seul. C'est aussi du temps gagné car on se rend compte que tout seul on y arrive pas. Le temps de collaboration est du temps qui permet d'arriver à un résultat qu'on obtient pas seul.

- Après avoir listé toutes ces hypothèses, pensez-vous qu'une mise en pratique serait également superposable à d'autres domaines de déprescription médicamenteuse (IPP, aspirine etc). ?

Et en particulier sur les interactions. Les pharmaciens sont bien plus outillés que nous sur les interactions et que donc quelque part le patient vient nous dire que le pharmacien a parlé d'une interaction et qu'on ne le savait pas. C'est aussi une occasion de rentrer en contact. Les bzd et interactions sont deux occasions, facteurs de collaboration.

• CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter et est-ce que vous voulez bien résumer le contenu de cette rencontre?
- 1. Que la déprescription de bzd est difficile car les patients y sont déjà devenu dépendants et qu'ils ont donc l'impression d'en avoir besoin.
- 2. Que la collaboration médecin pharmacien est la situation privilégiée pour trouver une solution à cela.
- 3. Que le problème du temps est un problème aussi bien pour le médecin que pour le pharmacien car cela prend du temps.

Interview MG 5

1. Thème 1 : Présentation

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc ?

Je m'appelle ..., je suis de la promotion 1990 et je suis médecin généraliste depuis 1992. Entre 90 et 92 j'ai eu la chance de travailler dans un hôpital pendant 1 an en tant que médecin de réanimation, donc j'étais le PG des soins intensifs de ... J'ai quand même appris pas mal de choses car en même temps je faisais mes gardes le week-end dans les salles de médecine interne. Puis j'ai fait beaucoup d'urgences. Malheureusement maintenant les jeunes ne peuvent plus faire ça mais à l'époque c'était encore possible. Et après cela je me suis installée et j'ai encore pu faire des gardes de médecin intra-hospitalière pour subvenir à mes revenus durant le début de ma carrière. Après, j'ai eu la chance de travailler avec un pédiatre pour qui j'ai fait beaucoup d'ONE, puis j'ai fait du planning familial. Et donc petit à petit, en ayant une patientèle qui augmentait, j'ai dû diminuer ces activités là et maintenant je me consacre exclusivement à la médecine générale dans mes cabinets et je suis maître de stage depuis 5 ans.

2. Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ?

Moi clairement c'est vrai que, évidemment, je ne suis pas pour les benzo surtout chez les personnes âgées, que ça soit benzo et somnifères d'ailleurs pour les raisons de chutes accrues etc que ça peut procurer. Du coup, oui, quand j'ai l'occasion, j'essaie de les convaincre de réduire et de stopper quand c'est possible, bien sûr.

- Pouvez-vous me livrer un exemple de déprescription de benzodiazépines que vous avez fait ?

Oui c'est une personne âgée dépressive qui venait me voir régulièrement et clairement je lui ai fait part de l'attention qu'il fallait avoir concernant les bzd et la dépression que ça pouvait engendrer, les troubles de la mémoire que ça pouvait engendrer. Donc oui, j'essaie de les convaincre d'arrêter leur Temesta, leur Xanax et de pouvoir switcher avec du sedistress heuuu des choses évidemment plus soft. Pas toujours facile mais oui j'essaie de les convaincre de diminuer.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du type de patient ? – de l'indication initiale du médicament ?

Oui c'est à dire que je vais les déprescrire quand il y a un souci évidemment. Je ne vais pas heuuu. Bon, si il y a eu des chutes, des problèmes. Maintenant, il faut voir aussi la quantité, parce que bon on est parfois très étonnés de la quantité de bzd pris, certains patients ne font pas la différence, ne se rendent même pas compte qu'ils ont parfois deux bzd ou deux somnifères donc heu qu'ils cumulent heu donc voilà ça va dépendre un petit peu des choses aiguës qui vont se profiler. Et bien sûr quand il y a rien qui se passe, j'essaie quand même de leur dire que voilà, il faut être prudent.

Rôles des prestataires

- Thème 2A :

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?

Alors moi justement, ce que j'insiste auprès des pharmaciens, c'est que si un patient devait se rendre en pharmacie pour chercher une boîte à mon insu, sous prétexte qu'il n'a pas eu le temps de me voir ou sous prétexte que ça arrive encore souvent, oui je vais en pharmacie, "j'ai pas eu le temps de docteur, est-ce que vous pouvez me fournir une plaquette, une boîte etc?". Je demande quand même qu'ils me téléphonent et qu'ils m'en avisent car il y a eu comme ça des pharmaciens qui avaient tendance à donner et puis ils nous réclament des ordonnances et ça c'est embêtant donc c'est un peu ça que j'aime bien cadrer. Mais bon en général maintenant ça se passe bien avec les pharmaciens habituels mais c'est vrai qu'il y avait des pharmaciens qui avaient tendance, comme avec les antibiotiques, à les donner et finalement ils me réclamaient les ordonnances 3 jours après. C'est un peu le message que je leur transmets, me prévenir si... Et je dirais que maintenant avec l'existence des prescriptions électroniques, ça va permettre aussi aux pharmaciens de se rendre compte aussi, comme toutes les prescriptions sont sur un serveur, ils vont pouvoir voir toutes les prescriptions d'autres médecins généralistes. Car certains patients qui sont un peu addicts, ont tendance..., moi j'ai eu le cas pour quelques patients qui faisaient du shopping médical sur 3 médecins pour se procurer des bzd. Maintenant avec l'électronique, le pharmacien va être plus apte à nous prévenir. J'ai eu le cas encore récemment d'une patiente qui allait chez deux médecins à mon insu. Ca c'est important, cette collaboration-là du pharmacien parce que on ne sait pas le voir malheureusement.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du pharmacien dans cette déprescription ?

Essayer de les prendre un peu en aparté et effectivement surveiller peut-être le nombre de comprimés, si le nombre de comprimés que moi j'ai prescrit est bien suivi, d'encourager le patient de nous revoir certainement aussi et heu oui taper un peu sur le clou pour tous les effets néfastes que ça peut procurer en disant "beh écoutez, est-ce que vous savez que? est-ce que votre médecin a bien insisté sur le risque de etc". Oui certainement.

Relances:

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?

Le rôle du pharmacien s'arrête dans la mesure où si nous... s'ils ne délivrent pas plus que ce qu'il doit délivrer, et si ... voilà nous on est toujours, le médecin aura toujours le dernier mot je pense quand même dans la discussion? Et voilà c'est pas évident, les bzd c'est quand même une drogue, c'est

pas toujours facile. Mais je pense que si on est plusieurs partenaires, que ce soit le pharmacien, les paramédicaux, même les kinés pourraient toujours renforcer l'idée. Je pense pas qu'il faut non plus, fin, c'est toujours le problème, le rôle du pharmacien, on commence tout doucement à lui mettre plein plein de compétences mais je pense que je n'irais pas jusque à donner au pharmacien le pouvoir d'une consultation bzd quoi, ça serait dommage. Après, je ne sais pas très bien ce que disent les pharmaciens mais voilà. Maintenant le souci, c'est qu'on voit quand même apparaître de grandes pharmacies, on est plus dans la situation du pharmacien avec sa petite officine, qui connaît bien ses patients etc. Malheureusement, ici à ... il y a de plus en plus de grandes pharmacies au sein de groupe où les personnes au comptoir ne sont pas toujours des pharmaciens, de moins en moins, le patient est souvent un numéro heu donc là aussi il y a une dépersonnalisation et c'est dommage parce que du coup ces "gens de comptoirs" sont qualifiés pour entreprendre une discussion avec le patient, ça aussi je me pose la question.

Thème 2B :

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?

En général, moi heu déjà les bzd, il faut faire une distinction entre les bzd de courte durée d'action et celles de longue durée d'action heu parce que les longues durées d'action comme le temesta, ce sont des médicaments qui sont très difficiles à sevrer, ce n'est pas moi qui le dit, ce sont les psychiatres aussi. Donc heu bien sûr, je pense que le rôle du généraliste est très très important. Maintenant, comme je vais déprescrire? oui, je vais sans doute diminuer, alors oui je sais que ce n'est pas bon mais moi j'ai quand même des bons retours en donnant, en substituant des bzd par un petit neuroleptique atypique (quétiapine, etc), donner un trazolan en substitution, donner des plantes bien sûr et des antidépresseurs qui vont avoir un petit effet anxiolytique sédatif et qui vont quand même permettre d'aider le patient. Je sais que dans les guidelines, c'est pas ... moi je me vois pas déprescrire sans substituer avec quelque chose d'autre. Car souvent les plantes, c'est pas suffisant donc voilà de faire comme je peux donc voilà.

- Est-ce que la place du généraliste est suffisante ou on pourrait faire d'avantage?

Oui je pense qu'on pourrait faire d'avantage. Si les paramédicaux sont aussi au courant des effets secondaires sur le long terme que cela peut procurer. Sur le long terme car c'est sur le long terme l'accoutumance des bzd, pourquoi pas heu... et surtout les psychiatres parce que j'ai l'impression que les psychiatres, nous a l'impression qu'on tendance heu, c'est un peu ce que je vois, c'est que les psychiatres represcrivent à la louche je vais dire les bzd et les somnifères etc et j'ai l'impression que c'est nous qui par après devront dire à nos patients: "faites quand même attention", j'ai l'impression que c'est plutôt le côté, fin voilà je vais pas jeter la pierre mais les psychiatres en prescrivent beaucoup beaucoup.

- Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter pour un rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?

Alors évidemment, je pense que ça mériterait peut-être une consultation à part aussi car c'est souvent lors d'une consultation globale, lors d'une prise de tension ou lors d'une prise de contact avec le médecin heu enfin moi je parle surtout des nouveaux patients où on se rend compte qu'ils ont une liste de bzd et là il faut alors leur dire "bah écoutez on va en reparler mais il faut peut-être juste par rapport à ça quoi" car sinon ce sont des consultations qui sont à rallonges et voilà.

- Avez-vous une anecdote à propos du médecin généraliste dans la déprescription ?

Souvent les patients ignorent les effets néfastes potentiels que ça peut donner sur le long terme comme la dépression, les troubles de la mémoire, la faiblesse musculaire, donc voilà. Maintenant une anecdote heu j'ai souvent eu des patients qui prenaient deux bzd sans le savoir en pensant qu'il y en avait un qui était là pour dormir et l'autre c'était plus pour la journée donc heu voilà. Oui c'est souvent ça qui revient. Oui voilà quoi.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien:

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ?

Je trouve pas qu'il y ait beaucoup de collaboration. Je pense pas qu'il y ait beaucoup de collaboration. J'ai pas ... c'est à dire que le souci c'est accepter la critique aussi. Je pense que ce qu'il faudrait c'est se parler et avant de parler au patient, le pharmacien devrait rentrer en contact avec le médecin généraliste "tiens est-ce que l'on ne devrait pas ?" Parce que je n'accepterai pas qu'un pharmacien, à mon insu, parlerait de cette consommation de bzd que j'aurais prescrite, sans m'en avertir au préalable. Je le prendrai plus comme une remarque vis à vis de ma qualité de soin, je sais pas si je me fais bien comprendre. Parce que voilà, je ne voudrai pas que mon patient me dise "ah mais vous savez, mon pharmacien trouve que je consomme ..." ,fin critique vos prescriptions. Donc ça c'est important alors du coup de se mettre en contact avant de , oui effectivement.

- Donc ça c'est ce que vous souhaiteriez. Et est-ce que actuellement les pharmaciens vous contactent?

Non, beh, je pense pas. Sauf si c'est maintenant, effectivement il y aurait... Par exemple, j'ai l'anecdote la semaine dernière: Une patiente qui me dit "Oui docteur, moi mon généraliste est devenu psychothérapeute donc je viens vers vous car je cherche un médecin généraliste."

Alors, elle me raconte tous ses problèmes d'endormissement etc etc. Et en fait, elle me dit "oui voilà, je viens vers vous car j'ai plus ça et ça et ça". Alors, je téléphone au pharmacien par que il y avait eu un souci et finalement le pharmacien me fait comprendre que le psychothérapeute a prescrit aussi. Alors là j'ai dit à la dame, "écoutez, il faut qu'on se mette d'accord, soit c'est moi qui soigne vos problèmes de dépression au niveau médicamenteux ou alors c'est que mme, votre ancien médecin généraliste qui s'occupe de votre dépression et moi je ne m'en occupe pas". Mais donc elle avait essayé la patiente d'obtenir plus qu'il ne fallait et alors elle a quand même avoué: "oui docteur je prends maintenant... je dois quand même avouer je suis à deux trois Zolpidem, je suis à des Xanax..." donc voilà une surconsommation. Et donc évidemment, je pense que si j'avais pas téléphoné au pharmacien, je sais pas si le pharmacien m'aurait mis en garde, ça c'est un peu dommage. Donc je crois que de ce côté-là, ça serait

vraiment intéressant car de nouveau heu avant c'était beaucoup plus difficile et maintenant c'est beaucoup plus facile avec les prescriptions électroniques, il faudrait que le pharmacien nous mette surtout en garde de collègues qui pourraient certainement en prescrire car le patient a souvent été voir trois quatre autres... Ca ca serait déjà de la bonne collaboration avec le pharmacien.

- Et vous cela vous arrive de téléphoner au pharmacien dans d'autres circonstances à propos des bzd?

Non non, pour l'instant on a pas...

- Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général ?

Alors moi j'essaie tout le temps de leur donner mon numéro privé pour les paramédicaux pour qu'ils n'hésitent pas à me téléphoner mais c'est vrai qu'il y a quand même beaucoup de pharmacies.. Enfin moi c'est vrai que mes pharmaciens attirés, j'ai aucun souci avec heu c'est souvent d'autres pharmacies de la région qui me téléphonent, qui me connaissent moins bien évidemment. Non je pense qu'il y a pas de souci donc voilà. Mais c'est vrai qu'actuellement concernant les bzd et l'abus de somnifères, si les pharmaciens pouvaient déjà nous prévenir en disant que "écoutez dr je dois vous prévenir que mme un tel a déjà reçu 6 boîtes d'un autre collègue ou autre, ça serait vraiment très intéressant".

- Dans quelle mesure trouvez-vous cette association faisable dans la pratique? Si non, quels en sont les principaux freins ?

C'est pas toujours facile car on a l'impression que on va être jugés un petit peu. On a pas toujours facile avec les patients et que du coup oui... ça peut parfois mettre mal à l'aise donc voilà. Et puis après il faut avoir le temps de téléphoner au pharmacien et lui dire "voilà j'ai pas sur faire autrement, le patient va sortir de chez moi avec une boîte" fin bon voilà c'est pas... mais maintenant, ne sachant pas chez quel pharmacien, toujours, le patient va pas toujours aller chez le même pharmacien, ils sont parfois ... les patients, ils vont pas toujours chez le même pharmacien mais ils ne savent pas encore que tout est sur le serveur mais avant ils allaient parfois dans deux trois pharmacies différentes par gêne, par honte de la situation aussi. Mais oui parfois d'ailleurs heu on a tendance à prévenir hein heu comme la méthadone, on a un patient qui surconsomme, on est au courant, on essaie de le sevrer voilà de temps en temps je sonne si le patient va toujours chez le même pharmacien mais c'est que dans l'absolu j'ai pas beaucoup de remarques hein par rapport aux prescriptions, de retour. Ils osent peut-être pas non plus, commercialement parlant, ils osent peut-être pas amorcer une critique, même si elle est constructive.

- Quelle est la responsabilité du pharm/méd dans la difficulté actuelle à coopérer ? une responsabilité partagée?

Oui et c'est souvent le temps, c'est le nerf de la guerre, ce temps. Ça prend du temps, oui. Parce que si le patient téléphone pour demander "qu'est-ce qu'on peut faire pour votre patient, on se rend compte qu'il surconsomme" beh ça va être une discussion d'un quart d'heure, je ne vais pas savoir résoudre ça en 30 secondes. Il faut leur trouver des plages pour rediscuter de la situation. Mais effectivement, tout ça peut se monnayer aussi, fin je sais pas.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devrait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la conso des bzd ? Sous quelle forme ? En présence du patient?

Bah déjà effectivement, déjà toute surconsommation comme je le disais d'entrée doit nous être signalée donc ce shopping médical doit être signalé, c'est hyper important car eux savent le voir et nous on ne sait pas le voir, c'est hyper important. Pour qu'on ne soit pas floués non plus, pour ne pas avoir des patients qui vont à gauche et à droite non plus. Ca c'est le rôle capital du pharmacien pour moi, qu'il nous ... ils ne sont pas obligés de nous téléphoner, ils peuvent nous envoyer un mail, ils peuvent aussi nous contacter par d'autres voies de communication et alors heu oui et puis peut-être s'entretenir et se dire "avec ce patient-là, on va en parler ensemble, pourquoi pas.

- Et sous quelle forme vous préférez être contactée? Par mail? Par téléphone?

Alors moi j'aime bien les sms évidemment. SMS, mails. Dans l'urgence, je demanderais qu'on me téléphone mais si c'est pas trop urgent, c'est un sms et puis on se propose une heure pour s'entretenir quoi.

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc.

Il y a des téléconsultations qui sont possibles via le logiciel directement mais c'est peut-être pas nécessaire. Je pense qu'un entretien téléphonique pour moi est suffisant.

- Et des notifications au sein même du logiciel par exemple?

Ce qui serait intéressant et possible, c'est qu'un pharmacien puisse mettre un warning par rapport à une prescription douteuse ou si il pourrait nous envoyer un signal en demandant qu'on l'appelle ou qu'on ... oui ça serait bien puisque moi qui suis effectivement avec des assistants, ça serait bien aussi que concernant la prescription ce soit... oui ça serait bien

- Vous parlez tantôt que cette collaboration prenait du temps et n'était pas monnayée. Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

C'est vrai que je parlais de ça mais nous en tant que généraliste on peut reconvoquer le patient pour heu. Je ferais une consultation entièrement remboursée pour ça, parce que du coup c'est quand même heu pour le patient polymédiqué comme ça, il doit certainement être dans une situation

précaire où il ne travaille plus. Heu je ferais un numéro Inami qui permettrait effectivement le remboursement complet de cette pathologie; Pour qu'il n'y ait pas de barrière car au début, il faut le revoir assez souvent. Et c'est souvent une barrière.

- Et du côté du pharmacien, en sachant qu'il est rémunéré à la vente de ses boîtes, si il s'investit avec vous dans cette deprescription, est-ce que vous pensez qu'un financement soit adéquat?

Oui en espérant qu'après ils ne prennent pas toute la part de la problématique ahah, ça serait dommage hein voilà. Oui pourquoi pas.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

Une psychothérapie bien sûr je pense. Surtout les psychothérapeutes qui ne peuvent pas prescrire.

• CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

Alors comme c'est des personnes âgées, encore faut-il que la personne âgée puisse se déplacer et aller en pharmacie. Voir si effectivement, les enfants qui vont pour eux.. Si on parle vraiment de personnes âgées, encore faut-il qu'elle soit mobile. Et que cette personne-là ait également toute sa mémoire, sa fonction cognitive, voilà il faut voir un peu à qui on a affaire dans la patientèle de personnes âgées.

- **Interview MG 6**

1. **Thème 1 :Présentation**

- Pouvez-vous vous présenter en me parlant de votre âge, votre pratique passée et actuelle, vos années d'expérience etc ?
Alors moi c'est le Dr..., j'ai 29 ans demain. J'entame ma deuxième année en tant que médecin titulaire indépendant et j'ai fait deux années d'assistantat auparavant. Je travaille à ..., c'est une commune en Ardennes dans la province du Luxembourg. On travaille en équipe dans une maison médicale qui n'est pas au forfait.

2. **Thème 2 : La déprescription des benzodiazépines et z-drugs chez les personnes âgées à domicile : rôles respectifs de chaque prestataire**

Expériences

- Avez-vous de l'expérience personnellement en déprescription de bzd ? Si oui, pouvez-vous me livrer un exemple ?
J'ai quelques exemples en tête là comme ça. C'est clair que la plupart du temps... Fin si je peux revenir sur mon histoire par rapport aux benzo, quand j'ai commencé j'ai vraiment eu peur d'en mettre parce que c'était la bête l'addiction "benzo" et j'ai toujours connu des patients sous benzo. C'est souvent pour le sommeil les patients de plus de 65 ans mais aussi, c'est plus rare hein mais dans la journée pour se calmer. Et du coup, je me suis toujours dit depuis le début, c'est hors de question de prescrire. Avant de déprescrire, je me suis déjà dit que c'était hors de question de prescrire de manière chronique ce genre de médicaments et j'ai mis un point d'honneur, ou en tous les cas j'essaie de ne pas... de bien prévenir le patient de la prise ponctuelle et occasionnelle de ce type de médicaments et j'ai toujours essayé d'avoir un discours bien clair en leur expliquant que ce n'est pas en prenant un somnifère que le sommeil sera de meilleure qualité et au contraire je prône l'activité physique pour avoir un meilleur repos le soir. Mais voilà c'est vrai que j'ai beaucoup rencontré de patients qui en prennent depuis longtemps et la plupart des discours c'est..., c'est pas pour remettre la faute sur les autres mais, c'était "j'ai ça depuis 1960 je sais pas combien" donc les gens ils en ont depuis des vingtaines, trentaines d'années et c'est un problème car ils en prennent et quand j'ai le temps en consultation si c'est à mon cabinet, j'essaie quand même d'avoir le petit réflexe de dire "tiens, vous prenez ça depuis longtemps? Est-ce que vous arrivez à vous en passer?" donc la consultation un peu rapides où le patient me demande son ordonnance, on a pas discuté benzo mais je dois lui en faire, j'essaie quand même toujours d'ouvrir la discussion sur "vous prenez ça tous les jours? Comment ça se fait? depuis combien de temps? ça serait bien d'arrêter car je ne sais pas si je suis prise au sérieux mais je me dis qu'en parler ça leur fait prendre conscience que ce n'est pas idéal. Et puis alors si ils disent qu'ils n'arrivent pas à arrêter, ce qui est logique, je leur propose qu'on puisse en rediscuter mais ça serait intéressant de quand même diminuer au moins, de prendre la moitié du cachet et de laisser l'autre moitié du cachet sur la table de nuit pour si jamais. Ca c'est une petite introduction brève que je peux faire de temps en temps et heu. Mais la vraie discussion sur l'arrêt des benzo, j'en ai pas arrêté des dizaines donc heu celles que j'ai réussi à arrêter c'est surtout des petites vieilles qui vont faire une chute à domicile heu chez qui je dis "non c'est plus possible, tant pis pour le sommeil" et j'insiste vraiment mais c'est compliqué quoi.

- Est-ce que vous agissez différemment en fonction du patient, de l'indication initiale du médicament ou de la molécule (z-drugs vs bzd) ?
J'agis différemment.. Si c'est des somnifères, j'essaie de proposer autre chose pour favoriser un meilleur sommeil. Donc ce que je vais proposer, c'est de diminuer et certainement pas d'arrêter du jour au lendemain. De diminuer en deux en quatre, fin voilà j'essaie de négocier avec le patient, de lui réexpliquer pourquoi il faut diminuer le somnifère et de remplacer par le Trazodone. C'est pas la meilleure astuce, ça ne fonctionne pas des masses mais j'essaie quand même de leur faire croire que ça va d'office se faire ressentir et améliorer leur qualité de sommeil même si on sait bien que ce n'est pas aussi radical qu'un somnifère. Donc voilà. Honnêtement, des gélules à base de plantes ou de valériane ou des gélules un peu plus naturelles, ça dépend un peu si le patient est demandeur mais j'en prescris pas non plus des centaines car je pense pas que ça soit d'une grande efficacité. Sauf si le patient est vraiment demandeur, là il n'y a pas de soucis. Ca c'est pour tout ce qui est somnifères.
Pour ce qui est Xanax, calmant, c'est une prise en charge différente car plutôt que proposer éventuellement un Trazodone pour améliorer la qualité de sommeil, on va essayer de discuter sur le problème de fond de stress et alors ça ça va ouvrir sur d'autres discussions en fonction du patient évidemment. Et alors parfois je trouve qu'un antidépresseur est plus adapté quand le patient est nerveux de manière chronique. Il y a des antidépresseurs, de mon expérience, que je mets plus facilement pour calmer l'anxiété générale.

Rôles des prestataires

- **Thème 2A :**
- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du pharmacien dans la déprescription ?
Alors, la place du pharmacien heu comme tu l'as dit au début, elle pourrait clairement être dans la prévention et dans le fait de prévenir le patient comme nous on devrait le faire à chaque fois, de dire que ce n'est pas une bonne molécule et d'inviter à en parler avec le médecin pour diminuer cette prise. Et puis alors, c'est un acteur important à partir du moment où on essaie de diminuer les doses. Parce que j'ai justement appris il n'y a pas longtemps que il y avait moyen de faire des magistrales avec des plus petites doses donc je trouve que le pharmacien pourrait très bien engager la discussion, faire des rappels sur le fait que ce n'est pas une bonne attitude d'en prendre tout le temps et nous aider évidemment dans le cheminement de l'arrêt.

- Selon vous, la place du pharmacien est-elle suffisante ?
Pas spécialement. J'ai jamais eu aucun patient qui m'a dit "Dr je prends ça, la pharmacienne m'a dit que c'était pas bon" jamais jamais ça n'arrive.

Relances :

- Qu'est-ce qui ne relève pas du pharmacien mais qui est exclusivement réalisé par le médecin ?
Pour moi le pharmacien doit alerter sur la prise de médicaments Mais ne doit pas entrer dans l'officine la question de l'anamnèse plus précise et des raisons pour lesquels le patient prend le médicament. Après moi je ne suis pas dans les pharmacies, je ne me rends pas compte... Mais quand j'y vais et que je suis derrière quelqu'un où qu'on me sert et qu'il y a quelqu'un derrière moi, j'ai pas du tout envie que le pharmacien me dise "ah vous prenez ça depuis quand? quoi? qu'est-ce?" je n'ai pas envie qu'on s'étale sur ma vie privée donc leur rôle s'arrête à la prévention en alertant mais pas sur le fond du problème.

- Et qu'est-ce que vous penseriez d'un pharmacien qui veut initier la déprescription d'une benzo qui semblerait plus indiquée ?
Donc le pharmacien qui dirait au patient "est-ce que vous n'essayez pas d'arrêter, de diminuer?" en soit why not. Parfois les patients sont quand même fort proches de leur pharmacien et ils ont confiance donc si ça peut fonctionner. C'est comme toutes les prévention heu, que ça soit pour le tabac ou les addictions, au plus on en parle, au plus on en entend parler au mieux c'est. Donc je pense que ça peut quand même être une bonne idée mais en accord, pas en accord avec le médecin car si finalement le patient fait ça spontanément et avec le pharmacien, je vois pas trop le problème si ça se passe bien mais à référer chez le médecin traitant ou éventuellement le psychologue si ça ne va pas.

Thème 2B :

- Dans votre expérience, quelle est la place actuelle du médecin généraliste dans la déprescription ?
De ce que mes collègues font, de ce que j'observe, il y a différentes attitudes forcément. Il y a je trouve, j'ai l'impression, c'est peut-être un peu cliché chez nous mais que les médecins plus âgés vont pas assister là-dessus parce que je sais pas si c'est peine perdue ou si ils ont déjà essayé et qu'ils arrêtent d'essayer mais j'ai l'impression que je vais plus voir un jeune médecin rebondir que le fait qu'un patient prend des benzo alors que je sais pas,

c'est peut-être un avis purement dans mon cabinet. Je n'ai pas beaucoup d'expérience ailleurs mais je sais que c'est un sujet qui n'était pas aussi fâcheux à l'époque et qui concerne maintenant tous les jeunes médecins sortant donc heu je pense que les jeunes ont plus tendance à discuter benzo, à discuter, à voir un peu. Mais il faut aussi se dire une chose, voilà d'expérience, j'ai une patiente, le médecin de garde était venu chez elle et elle était tombée à domicile. Il a stoppé le somnifère sans rien de plus. Donc la petite note de l'infirmière c'était "on arrête ce médicament" et ça a été des nuits catastrophiques, des crises heu des nouveaux risques de chute parce que elle ne tenait pas la nuit. Ça a inversé son cycle jour- nuit. C'était vraiment compliqué et je trouve que ce n'est pas à faire non plus. Je ne peux pas toujours critiquer les "vieux médecins" qui n'y vont plus car ce n'est pas facile, ça n'aide pas les infirmières, les aides-soignantes. C'est aussi un peu de la faciliter de garder ça en place et de ne pas trop y chipoter.

- Selon vous, quel est le rôle idéal du médecin généraliste dans cette déprescription ?

Relances :

- Est-ce que c'est d'office le rôle du médecin traitant d'organiser la déprescription ?

C'est le rôle de tous les médecins. On voit des patients qui sortent de gériatrie avec un somnifère. Je suis fort sur les somnifères car c'est plus de 65 ans, souvent c'est ça le problème. On voit des patients qui sortent de l'hôpital avec un somnifère et on leur a laissé ce somnifère. Peut-être qu'à l'hôpital, pour des raisons pratico-pratiques et par la désorientation engendrée par l'hospitalisation, ça se justifiait durant quelques jours mais il faut d'office prévoir de l'arrêter ou de régresser à la sortie. Donc il n'y a pas que les généralistes qui sont concernés, tous les médecins intra-hospitaliers le sont aussi.

3. Thème 3A : L'entraide actuelle entre médecin et pharmacien

- Quel est votre avis sur la collaboration pharmacien et médecin actuelle en terme de déprescription de bzd ?
Nulle. Inexistante.

- Quelles sont vos expériences d'entraide avec un pharmacien/ médecin dans ce domaine ?

Mes rares expériences positives avec le pharmacien c'est quand il me téléphone pour me dire "est-ce que c'est normal qu'un patient redemande une nouvelle boîte?", c'est souvent chez les plus jeunes patients. Quand le pharmacien sait que ce n'est pas un traitement chronique, que c'est une introduction et que le patient vient en rechercher et va presque en demander avant de recevoir l'ordonnance, ce qui convient encore bien pour certains traitements mais là le pharmacien joue encore son rôle de dire "tiens c'est bizarre vous en avez eu une la semaine passée, je vais quand même appeler le médecin pour demander". Là le rôle, la collaboration peut se faire encore. Pour la déprescription, j'ai l'impression qu'on va plus les emmerder qu'autre chose si on va leur demander d'intervenir et de calculer si on leur demande de calculer. Je me trompe peut être mais j'ai pas l'impression qu'on a toujours un bon contact avec le pharmacien de manière générale. C'est d'ailleurs problématique pour beaucoup de choses. Autant on est obligés de faire des GLEM, des points d'accréditation, autant la collaboration n'est pas obligatoire alors qu'elle devrait être faite 1x/mois, 1x/an, une fois tous les x temps pour vraiment refaire le point. Pas spécialement sur des patients mais surtout aborder ce genre de thèmes avec le pharmacien, se mettre d'accord et c'est pas du tout le cas chez moi en tous les cas.

- Vous sentez-vous à l'aise de travailler ensemble en général ?

En général, je regrette quand même ça, de ne pas avoir un pharmacien, une équipe un peu plus, fin j'ai l'impression qu'ils ont peur de nous appeler et en même temps on va pas commencer à les contacter non plus. Moi je trouve qu'on a pas une très bonne collaboration. Elle n'est pas mauvaise mais voilà. J'ai souvent le sentiment qu'ils vendent leurs trucs et qu'importe heuu. Après c'est pas vrai j'exagère, j'ai des appels quand il faut et ils surveillent derrière moi si j'ai fait une mauvaise posologie ou quoi mais un manque de collaboration.

- Et quels en sont les principaux freins à ce manque de collaboration?

Le temps. On doit faire plein d'autres choses. Eux comme nous, je pense qu'on a d'autre chose à faire que se réunir pour discuter de ça. Ça va demander encore du temps de dégager des moments pour discuter avec le pharmacien alors que si c'était un peu accrédité obligatoire et que ça rentrerait un peu dans notre formation et dans la leur ça se mettrait bien et ça ne poserait de problème à personne.

- Quelle est la responsabilité du médecin dans la difficulté actuelle à coopérer ? Puisque que l'on a déjà abordé celle du pharmacien.

On devrait éventuellement les contacter les pharmaciens et leur dire "voilà on va essayer de réduire le traitement chez tel personne" et on ne le fait pas non plus. Donc la responsabilité est partagée c'est clair, c'est encore une question de temps et de peur de déranger ou d'avoir le pharmacien qui se dit "holala encore des histoires compliquées", je pense que ça ne va pas beaucoup plus loin.

Relances :

- Y a-t-il des ph/dr avec lesquels cette collaboration est plus aisée ?

Oui c'est les interactions interhumaines, il y a toujours des communications un peu plus simple. Une fois qu'on a eu un bon feeling avec quelqu'un on va plus facilement lui téléphoner et inversement il suffit que une fois on ait un pharmacien qui va critiquer une ordonnance ou un traitement et on a pas envie d'avoir de nouveau contact.

Thème 3B : L'entraide future envisageable entre médecin et pharmacien

- A l'avenir, de quelle façon devait être entreprise cette entraide entre pharmacien et médecin ? Qui devrait prendre l'initiative de cette collaboration pour diminuer la consommation des bzd ? Sous quelle forme ? En présence du patient ?

Alors heu essayons d'être concret et d'imaginer si j'essaie d'arrêter les benzo chez quelqu'un. Heu en fait je trouve que ça doit venir un peu du patient. Je pense que on peut pas forcer un patient en lui disant "toi mon coco, tu dois diminuer tes benzo, tu en abuses, tu es accro et donc je vais appeler le pharmacien et il va plus t'en délivrer" c'est pas comme ça qu'on aborde les choses avec un patient. Certainement pas car si on perd le contact, il va aller ailleurs et dans une autre pharmacie. Donc on a pas beaucoup de possibilités de contraindre quelqu'un à arrêter. Par contre, la discussion doit faire partie de la discussion avec le patient et à partir du moment où le patient est volontaire et parvient à diminuer, ça ne va peut-être pas dépendre du pharmacien mais on peut proposer une délivrance quotidienne ou hebdomadaire à la pharmacie pour suivre cela d'un peu plus près. Je ne sais pas si ça serait indispensable ou si ça changerait les choses. Comme je ne le fais pas spécialement, j'ai un peu du mal d'imaginer des choses comme ça. Si ça doit se mettre en place, une fois qu'on a l'accord du patient, pour moi, et que le patient est volontaire, on pourrait lui dire heu... Ou bien un patient qui abuserait vraiment et qui voudrait monter dans les doses, on lui dirait "maintenant on doit faire cela et est ce qu'il est d'accord qu'on prévienne le pharmacien pour essayer de gérer la consommation?".

- A l'ère du numérique, pouvez-vous imaginer des solutions éventuelles pour faciliter l'intégration du pharmacien dans le processus (outils etc) de déprescription des benzodiazépines ? Pour ne pas déranger/ ne pas perdre de temps/ etc.

Je pense que ça serait hyper intéressant de pouvoir voir quand on fait une ordonnance si le médicament a été distribué. Avoir une petite notification qui dit que le patient a reçu x médicaments dans notre programme de prescription. Ça ne doit pas être bien compliqué puisque moi je sais voir si l'ordonnance a été générée, je pourrais très bien recevoir une notification quand le médicament est délivré. Ça permettrait quand même un peu de faire un peu le point sur le nombre de boîtes prises mais on a pas accès à ce que d'autres médecins vont prescrire donc il faut coordonner et avoir accès à toutes les bases de données des pharmacies et des médecins, ça je ne sais pas si c'est possible.

- Et des solutions pour communiquer avec le pharmacien sur une déprescription?

Je trouve que par téléphone c'est encore le plus facile à ce moment-là. Autre, il y a par email mais pour moi c'est toujours les mêmes contraintes. A ce moment-là, autant que ça se fasse par téléphone.

- Et sur l'ordonnance électronique, est-ce que vous vous verriez écrire qu'une déprescription est lancée?

Ça dépend du patient. Ça dépend des circonstances. C'est au cas par cas avec le patient et sa façon de voir les choses. Je me vois écrire "schéma dégressif envisagé" pour que le pharmacien puisse rebondir dessus et insister et valoriser la nouvelle posologie mais voilà il faut que le patient soit évidemment collaborateur et demandeur

- Quelles modifications au sein de la législation (déontologie médicale) ou encore de l'INAMI pourraient stimuler cette entraide et la rendre enrichissante pour les deux partis ?

Clairement, qu'on puisse pour certains cas, en accord avec le patient ou dans un contrat avec le patient, qu'on puisse surveiller le nombre d'ordonnances faites pour certaines molécules. Par exemple dire au patient "vous exagérer avec les benzo" et le patient nous dit "oui je sais il faudrait que je commence à calculer et à compter combien j'en prends pour faire le point". "Ok alors est-ce que vous m'autorisez à mettre en place un nouveau contrat avec le pharmacien?" Et même toutes les pharmacies en Wallonie qui ne délivreraient que x doses par semaine ou pas jour de manière à être sûr de ne pas abuser. Moi je reviens quand même sur le fait que ça doit venir du patient. La base de notre boulot c'est quand même d'entendre les gens et de leur faire confiance. Donc si le patient est demandeur et accepte de diminuer, ça devrait se faire sans passer par une surveillance. La surveillance devrait être faite pour des cas d'abus et pour ceux qui ne cherchent pas à diminuer les dosages mais qui cherchent à abuser des prescriptions.

- Est-ce que un financement aiderait à la collaboration?

Je ne pense pas, je ne suis pas certaine. Je ne pense pas que ça soit ce qui manque.

- Si le pharmacien est bien intégré au processus, quels facteurs pourraient potentiellement aider à ce que la molécule soit abandonnée durablement par le patient ?

Le suivi psycho-social du patient, clairement. Des patients qui prennent des benzo, c'est des gens qui ne sont pas bien, qui ne bougent pas assez. Des gens qui ne sont pas bien psychologiquement ou physiquement et donc nécessitent un médecin ouvert d'esprit qui peut commencer à aborder tous les sujets, ou un psychothérapeute et la famille etc. La famille, tout ce qui va entourer le patient et son bonheur, ça peut aider à diminuer ces molécules.

· CONCLUSION

- L'entretien se termine. Je vous remercie pour ces réponses précieuses. Est-ce que c'est possible de résumer vos grandes idées dites lors de l'entretien? Merci beaucoup.

Mes grandes idées de l'entretien c'est point 1. Pas du tout assez de schémas dégressifs entamés, clairement.

Heu un patient volontaire, c'est un patient qui pourra y arriver parce que je l'ai déjà fait et qu'il y a moyen en allant très doucement de diminuer ou d'arrêter les benzo.

Il faut pour ça prendre le temps d'expliquer aux gens, de leur faire prendre conscience du problème.

Contact pharmacien-médecin c'est clair qu'il manque de la collaboration entre ces deux secteurs. Maintenant je pense qu'il ne faut pas contraindre les gens et qu'un patient volontaire y arrivera. C'est un peu mes grosses idées.

I. Arbre de codage Nvivo

Entretien	Nombre de codes utilisés	Nombre de références codées
Pharmacien 1	57	87
Pharmacien 2	64	132
Pharmacien 3	50	71
Pharmacien 4	54	81
Pharmacien 5	70	106
Pharmacien 6	46	65
Médecin généraliste 1	56	71
Médecin généraliste 2	59	83
Médecin généraliste 3	48	60
Médecin généraliste 4	52	73
Médecin généraliste 5	49	74
Médecin généraliste 6	59	84

Tableau 7 reprenant le nombre de codes et références pour chaque interview au sein de l'arbre de codage

Ensemble des codes présents dans l'arbre de codage :

Nom	Fichiers	Références
Top citations	8	14
Rôle propre perçu par le pharmacien	1	4
Informar, éduquer pour la santé	1	2
Sans être intrusif	1	1
Hygiène et sommeil	2	2
Effets néfastes	2	3
Alternatives	2	2
Divergence de valeurs professionnelles	1	5
Rôle idéal	0	0
Surveillance de la déprescription	1	1
Suivi thérapeutique	2	2
Se former aux troubles du sommeil	1	1
Qui dépasse la simple délivrance	3	4
Proposer des alternatives	1	1
Prendre contact avec le médecin	1	1
Ouverture à plus de dialogue	1	1
Etablir le schéma de déprescription	2	3
Autonomie pour déprescrire	3	6
Gérer les demandes d'avance	1	3
Interprétation des besoins du patients	2	2
Référer au médecin	5	9
Délivrance et préparations magistrales	3	4
Pharmacien de référence	1	1
Surveillance, évaluer la consommation	3	5
Alerter le patient	1	1
Créer du lien	2	2
Appui au discours du médecin	2	2
Suggérer la déprescription (avec avis médical)	4	15
1ère délivrance	3	6
Déceler les causes des problèmes de sommeil	1	3
Troubles psycho-sociaux	1	1
Pathologies psychiatriques	1	1
Facteurs environnementaux	1	1
Effets médicamenteux indésirables	1	2
Assuétudes	1	1
Demander le feu vert pour déprescrire	1	2
Evaluer la pertinence de la déprescription	1	1
Renseigner des psychologues	1	1
Confronter le patient à sa consommation	1	2
Exécuter la déprescription initiée par le médecin	1	2
N'inclut pas la déprescription	1	1
Rôle propre perçu par le médecin	2	2
Conseils hygiéno-diététiques	2	2
Instaurer lui-même la déprescription	3	3
Pouvoir décisionnel par rapport au traitement	2	2
Rôle idéal	1	1
Vue d'ensemble sur le traitement (interaction)	s) 1	1
S'instruire sur les benzo	2	2
Proposer la déprescription à chaque renouvellement	1	2
Prendre le temps pour déprescrire	3	3

Ne pas prescrire de benzo	1	1
Information de qualité sur les risques	2	3
Evaluer le risque de chute	1	1
Déprescrire davantage	3	4
Créer un GLEM déprescription	1	1
Approche bio-psycho-sociale du patient	1	1
Perceptions par rapport aux collègues	0	0
Médecins hospitaliers parties prenantes de la déprescription	1	2
Méconnaissance de certains collègues	1	1
Mauvaise surveillance de la consommation	1	1
Essaient de déprescrire mais difficile	1	1
Différentes attitudes par rapport à la déprescription	1	1
Refléter au patient sa consommation	1	1
Fidéliser le patient au pharmacien	1	1
Suivi global	1	1
Rebondir sur préoccupations de l'entourage	1	1
Garder le contrôle de la médication	1	1
Rôle perçu du pharmacien par les patients	1	1
Donner des conseils	2	2
Délivrance des ordonnances	2	3
Rôle perçu du pharmacien par le médecin	1	1
Peut faire	0	0
Surveiller la consommation	3	5
Sensibilisation	5	15
Rôle limité sauf pharmacien de référence	1	1
Rigueur dans la préparation des magistrales	1	1
Refléter au patient sa consommation et l'interpellé	1	3
Proposer des alternatives	1	1
Prévenir le médecin si prescripteurs multiples	2	7
Préparer les magistrales dans le cadre de la déprescription	1	1
Pharmacien de référence_contact ponctuel	1	1
Gérer les interactions	1	2
Faire référence au médecin	4	5
Exécutant réflexif	1	1
Etre l'allié du médecin	2	4
Déprescription ok si pas de problèmes	1	1
Délivrer les quantités prescrites	1	1
Appeler en cas de problème	3	5
Pas de rôle actuellement dans la déprescription	2	2
Ne peut pas faire	0	0
Ne pas substituer par produits en délivrance libre	1	1
Ne pas initier déprescription sans collaboration avec le médecin	1	7
Ne pas faire d'anamnèse individuelle	2	3
Ne pas étendre à la déprescription des benzos	1	1
Ne pas avancer spontanément de boîtes de benzodiazépines	2	4
Rôle perçu du médecin par le pharmacien	0	0
Proposer une consultation dédiée à la déprescription	1	1
Proposer des alternatives	1	1
Limiter la benzo dans le temps	3	3

Initiation du traitement	2	3
Initiation de la déprescription	5	6
Evaluer l'efficacité de la benzo	1	1
Evaluer le traitement	2	4
Donner le feu vert pour déprescrire	1	2
Diagnostiquer	1	1
Demander au pharmacien de superviser la déprescription	1	1
Apporter son appui au pharmacien	1	3
Prévention	6	10
Satisfaction des patients	1	1
Sans collaboration	1	3
Limiter la polymédication	1	1
Cohérence des infos données au patient	1	1
Place du patient	0	0
Non acteur de sa santé	0	0
Suivre scrupuleusement le schéma prescrit	1	1
Ne devrait pas gérer seul ses médicaments	1	1
Acteur de sa santé	4	8
Se reconnaître consommateur	1	1
Pas de surveillance nécessaire	1	1
(non) Intégration à la discussion	9	18
Perceptions du médecin par le pharmacien	1	1
Perception positive	0	0
Jeunes générations plus sensibilisées	1	1
Perception négative	0	0
Sentiment d'être court-circuité par pharmacie	n1	2
Rôle clinique du pharmacien limité	1	1
Prescrit facilement des benzos	4	5
Perd le contrôle si bons de renouvellement	1	1
Manquent de temps, surchargés de travail	4	6
Intérêt financier à faire revenir le patient	1	1
Difficilement joignables	2	6
Déprescrivent peu	4	5
Absence d'intérêt pour la déprescription	3	4
(Dé)considération du pharmacien	4	9
Perception par rapport aux benzos	0	0
Usage difficilement réversible	7	10
Traitement chronique courant	1	1
Répercussions sur l'entourage	1	1
Profil divers de consommateurs	3	6
Première prescription par spécialiste	3	4
Pas de switch vers une autre benzo	1	1
Ok si courte période	2	2
Ok pour certains moments de vie	1	2
Déprescription souhaitable	6	8
Certaines benzo plus difficile à déprescrire	3	4
Beaucoup prescrit dans le passé	3	4
Alcool potentialise	1	1
Perception par rapport au patient	0	0
Perception positive	0	0
Crainte par rapport aux benzo	1	1
Consommation limitée après sensibilisation	1	1
Confiance dans leur pharmacien	1	1

Perception neutre	0	0
Profils différents de dépendance	1	1
Liberté dans le choix du prestataire	1	1
Insuffisamment informés par rapport aux benzos	2	2
Effet placebo	1	1
Consommateur si malaise physique ou psychique	1	1
A droit à la délivrance de sa benzo	1	2
Perception négative	0	0
Shopping médical et pharma	2	4
Sentiment d'abandon du patient	1	2
S'énervent si le pharmacien propose déprescription	1	1
Plus de confiance dans le médecin que le pharmacien	3	8
Peu conscient de sa consommation	2	3
Personnes âgées plus consommatrices de benzo	1	2
Patients âgés susceptibles	1	1
Confiance aveugle dans le GP	1	1
Attachement à la molécule	5	7
Adeptes des produits parapharmaceutiques	1	1
Perception du pharmacien par le médecin	1	1
Perceptions positives	0	0
Sont attentifs et réactifs à bon escient	1	1
Préoccupations partagées	1	1
Déprescrit	1	1
Connaissance des patients	3	3
Allié important	1	1
A une vue d'ensemble des délivrances	2	2
Perceptions négatives	0	0
Pharmaciens commerçants	1	1
Peur de dégrader la relation avec le médecin	1	1
Pas intéressés par la déprescription	1	2
Ne s'implique pas dans la sensibilisation	1	1
Ne communiquent pas assez	2	3
Manquent de confiance dans leurs fonctions	1	1
Imprécision dans les dosages des magistrales	1	1
Est un exécutant	1	1
Avancent des benzos	2	3
Déprescription benzo	0	0
Indications et contreindications pour déprescrire	1	2
Hypothèses de travail	0	0
BUM special déprescription benzo	2	2
Affluence dans la pharmacie	1	1
Freins à la déprescription	1	1
Dépendante du patient	0	0
Shopping médical	2	2
Résistance du patient	4	9
Rechutes	1	1
Médecin piégé par patient consommateur	1	1
Incompréhension de la ponctualité de la prescription	1	1
Consommation à très long-terme	1	1
Age du patient	1	1
Dépendant du prestataire	0	0
Pas de relation thérapeutique de longue durée	1	1
Manque d'expérience professionnelle	1	1

Manque de temps 6 9

Manque de connaissances	1	1
Dépendant du pharmacien	0	0
Rôle limité des assistants en pharmacie	1	1
Problèmes des grandes pharmacies	1	1
Peur de la réaction du médecin	2	2
Organisation de la pharmacie	7	8
Multiplicité des pharmaciens	1	1
Dépendant du médecin	0	0
Routine de prescription	1	1
Inconfort à déprescrire	1	1
Bons de renouvellement	1	2
Autre prescripteur	1	1
Ancienne génération	1	1
Démotivation avec le temps	2	2
Alourdit le travail des soignants	1	1
Contexte	0	0
Prix des magistrales	2	2
Pharmaciens rémunérés à la vente	2	4
Pas d'accès du pharmacien aux antécédents médicaux	5	9
Absence de procédure pré-établie	1	1
Facilitateurs	0	0
qui dépend du patient	0	0
Rebondir sur la motivation du patient	1	1
Patient partenaire de la déprescription	3	4
Méthode, contenu du discours	0	0
Usage d'alternatives	6	6
Soutien psychologique	4	7
Sevrage progressif	5	5
Schéma de déprescription ou brochure patient prêts à l'emploi	5	9
Petits conditionnements	1	1
Objectif défini	1	1
Molécule par molécule	1	1
Discours rassurant, encourageant, déculpabilisant	3	5
Discours cohérent et complémentaire	7	12
Clarté discours dans prescription initiale	1	1
Changement de conditionnement	1	1
Arguments pour motiver	4	5
Dépendant du prestataire	0	0
Valeurs partagées	1	1
Prendre le temps en consultation	1	1
Position favorable du pharmacien par rapport au médecin	1	1
Jeune génération	3	3
Formation	2	2
Feu vert systématisé du médecin	1	3
Collaboration médecin-pharmacien	2	3
Accessibilité du pharmacien	3	5
Contexte	0	0
Espace privatisé dans la pharmacie	1	2
Bon moment	2	3

Anonymat de la consultation médicale	1	1
actions indépendantes du prestataire	0	0
Utilisation et remboursement des magistral s	4	5

Prescription visible dans dossier patient (pre	scripteur m1	ltiple) 1
Financement	6	12
Simple administrativement	2	2
Campagnes fédérales	1	2
Cadre légal élargi au pharmacien	1	3
Experience	0	0
Situation d'échec	3	3
Situation de réussite	4	7
Pas, peu d'expérience	7	14
Hors médecine générale	4	6
Beaucoup d'expérience	2	3
Approches pour déprescrire	5	13
Déclencheurs de la discussion avec le patient	1	1
Réactivité	6	15
Volonté du patient	3	5
Surconsommation	1	1
Problèmes de santé aigü chez le patient	3	5
Hospitalisation	2	2
Demande d'avances	1	2
Proactivité	8	11
Renouvellement d'ordonnance	3	4
Questionner l'utilité	1	1
Pharmacien de référence - schéma de médi	cation 2	2
Nouvelle relation thérapeutique	2	2
Feeling avec le patient	1	1
Analyse du contexte de vie	1	1
Conséquences	0	0
Surcharge de travail	2	2
S'autonomiser de tout produits	1	1
Fierté	1	1
Expérience brutale et traumatisante	1	1
Détérioration de la relation entre prestataires	1	1
Culpabilise les médecins de prescrire les benz	os 1	1
Bénéfice pour le patient	1	1
Collaboration médecin-pharmacien benzo	0	0
Collaboration idéale	1	1
Selon les choix du patient	1	1
Procédure systématique	2	3
Meilleur dialogue médecin-pharmacien	2	6
Initiative mutuelle	2	2
Informar le pharmacien d'une déprescription	1	1
Echange indirect	10	30
Echange direct	5	10
Degré de sensibilisation du pharmacien	1	1
Communication tripartite	2	2
Aborder des alternatives	1	1
Collaboration actuelle	1	1

Pour élucider la consommation du patient	1	1
Initiatives selon personnalité du médecin	1	1
Inexistante	4	6
Freinée par la culpabilité du médecin	2	2
Facilitateurs à la collaboration	1	1
Attitude par rapport à la déprescription	6	13
Collaboration générale médecin-pharmacien	0	0
Via le patient	2	3
Situations et contacts	2	2
Questions de pertinence de la prescription	3	3
Médicament urgent	1	1
Interactions médicamenteuses	3	4
GLEM -CMP	2	3
Dépendances	3	3
Demandes d'avance	8	11
Demande de conseil	1	1
Rôles respectifs bien connus	2	3
Valorisation du pharmacien	0	0
Qualité de la collaboration	0	0
Pas ou peu de collaboration	8	12
Dépendante de la relation	7	8
Bonne	8	14
A améliorer	4	10
Personnaliser le canal de communication	1	2
Freins à la collaboration	0	0
Qui ne dépend pas du prestataire	0	0
Trop de moyens de communication possible	2	2
Temps de travail non rémunéré	1	1
Personnes âgées dépendantes sans accès direct au pharmacien	1	1
Multiplicité et compatibilité des logiciels	1	1
Collaboration non obligatoire légalement	1	1
Qui dépend du prestataire	0	0
Problèmes d'égo	3	5
Peur de contacter le médecin	4	7
Multiplicité des pharmaciens	3	4
Méconnaissance de l'autre	2	2
Manque d'initiative	1	1
Manque de temps	7	10
Manque d'aisance avec les nouvelles technologies	1	1
Inutilité perçue	1	1
Ancienne génération	1	1
Facilitateurs à la collaboration	1	1
Qui ne dépend pas de la relation	0	0
Système plus établi	1	1
Sensibilisation pendant les études	1	2
Intervention financière de l'INAMI	3	5
Communication future via logiciel	1	1
Collaboration accréditée	1	1
Qui dépend de la relation	0	0
Volonté de collaborer	1	1

Se présenter à l'autre prestataire	1	1
Proximité pharmacie-cabinet	2	3
Jeune génération	1	1
Evolution des mentalités	1	1
Disponibilité par téléphone	2	2
Contacts brefs, efficaces, pertinents	3	6
Bénéfices de la collaboration	1	1
Valorisation du pharmacien	1 1	

Arbre de codage 1