

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Disposition à la déprescription médicamenteuse des patients reçus en
Hôpital de Jour d'évaluation multidisciplinaire de la chute
et de leurs aidants.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2021 à 16h00
Au Pôle Formation
Par Ilenia MASSARO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Assesseur :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADL	Activities of daily living
BDZ	Benzodiazépines
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
FRIDs	Fall Risk Increasing Drugs
HDJ	Hôpital de Jour
IADL	Instrumental activities of daily living
MMS	Mini Mental State
MPI	Médicaments Potentiellement Inappropriés
PATD	Patients' Attitudes Towards Deprescribing)
r-PATD	Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing)
TTT	Traitements

Table des matières

Introduction	6
Matériels et Méthodes	10
1. Déroulement de l'évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille.....	10
2. Design de l'étude.....	11
3. Recueil des données.....	12
4. Éthique	14
5. Analyse statistique des données	15
Résultats	17
1. Caractéristiques de la population	17
2. Réponses des patients et des aidants au questionnaire.....	20
3. Analyse des données	22
Discussion	23
1. Évaluation de la disposition des patients et de leurs aidants à la déprescription	23
2. Faisabilité d'utilisation du questionnaire r-PATD dans la pratique médicale	25
3. Forces et limites de l'étude	27
Conclusion	28
Références	29
Annexes	33

Introduction

La chute chez la personne âgée est un événement multifactoriel, qui reconnaît des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques. Certains de ces facteurs sont non modifiables (par exemple le sexe ou l'âge), d'autres sont modifiables et donc susceptibles d'une intervention pour la prévention des chutes (1).

C'est le cas en particulier du risque médicamenteux car la polymédication et la prise de certains médicaments sont associées à un risque majoré de chute. Les médicaments les plus clairement associés au risque de chute ont été regroupés sous l'acronyme « FRIDs » (Fall-risk increasing Drugs). Les FRIDs comprennent antiypertenseurs, antiarythmiques, anticholinergiques, antihistaminiques, sédatifs-hypnotiques, antipsychotiques, antidépresseurs, opioïdes et anti-inflammatoires non stéroïdiens (2,3).

Dans ce groupe, les sédatifs hypnotiques occupent une place dominante en tant que facteur de risque de chute chez la personne âgée. En effet, depuis plusieurs décennies, les benzodiazépines (BZD) sont exagérément utilisées en France pour la prise en charge des troubles du sommeil et de l'anxiété chez la personne âgée. Les BZD et les Z-drogues sont des traitements pharmacologiques efficaces ; cependant, leur utilisation à court comme à long terme est associée à des méfaits tels que les chutes et les fractures (4).

En Europe et aux États-Unis, on estime que 85 % des personnes âgées de 65 ans et plus, prennent au moins un médicament quotidiennement, et que 48 % en prennent trois ou plus. Par ailleurs, une personne sur trois à partir de 65 ans et une personne sur deux après 80 ans chutent. Ainsi, en raison de la forte prévalence de ces deux phénomènes au-delà de 65 ans, beaucoup de personnes âgées qui chutent prennent des médicaments augmentant le risque de chute (1).

La polypathologie, communément définie comme la coexistence de deux ou plusieurs problèmes de santé chroniques, est fréquente dans la population âgée. Elle est associée à la polymédication (au moins 5 médicaments différents consommés quotidiennement) qui augmente la complexité de la gestion thérapeutique tant pour les professionnels que pour les patients et augmente le risque de chute (5).

La polymédication et les prescriptions inappropriées chez les personnes âgées sont associées à d'autres événements indésirables que les chutes (augmentation du risque d'hospitalisations, de syndromes gériatriques, d'altération de la qualité de vie, de risque de décès) (6).

Les médicaments potentiellement inappropriés sont des médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques et/ou en raison d'une efficacité douteuse (7).

En raison des changements physiologiques associés au vieillissement (qui concernent la pharmacocinétique, effet de l'organisme sur le médicament, et la pharmacodynamique, effet du médicament sur l'organisme), mais aussi du fait de la polypathologie (interactions médicaments-maladies) et de la polymédication (interactions médicaments-médicaments), les personnes âgées sont deux fois plus exposées au risque iatrogène que la population générale (8).

Compte tenu du vieillissement de la population, le bon usage du médicament chez les personnes âgées et la réduction des prescriptions inappropriées ou potentiellement inappropriées sont une priorité de santé publique. Réduire le risque médicamenteux de chute consiste souvent à déprescrire.

La *déprescription* est définie par Reeve et al. « *the process of withdrawal of an inappropriate medication, supervised by a health care professional with the goal of managing polypharmacy and improving outcomes individuals* » (8).

Or les médecins ont été formés à prescrire et très peu à déprescrire. De plus, les patients âgés peuvent, pour de multiples raisons, craindre de se voir arrêter un médicament, À l'inverse, ils considèrent souvent prendre trop de médicaments (9).

Les patients âgés fragiles ou dépendants sont souvent aidés et accompagnés par un proche, que l'on appelle l'aidant principal. Parmi toutes les tâches qu'il assume, il y a souvent celle de la préparation et de la distribution des médicaments. Cet aidant principal peut donc, comme le patient et le prescripteur, avoir à dire sur une déprescription (10).

En 2012, Reeve et al. ont développé un questionnaire (*Patients' Attitudes Towards Deprescribing - PATD*) pour analyser la disposition des personnes âgées concernant la déprescription (11). Une version révisée (*revised-PATD*) a été puis proposée en 2016, en contenant une version pour les patients (22 questions) et pour les aidants (19 questions). Le r-PATD s'est montré performant en termes de validité et de fiabilité (12).

En 2021, la version française du r-PATD a été créé et validée par l'équipe de l'Université de Limoges dirigée par Marie-Laure LAROCHE (13).

Dans le cadre de l'hôpital de jour d'évaluation multidisciplinaire de la chute du CHU de Lille, depuis le début de l'année 2021, le questionnaire rPATD a été introduit dans l'évaluation initiale du patient.

L'objectif principal de l'étude est de décrire, à l'aide du questionnaire r-PATD, la disposition à la déprescription médicamenteuse des patients reçus en Hôpital de Jour d'évaluation multidisciplinaire de la chute et de leurs aidants.

Les objectifs secondaires sont, dans les deux sous-groupes (« aidant » et « patient ») :

- rechercher la corrélation entre les réponses aux questionnaires (regroupés dans les 4 facteurs) et les paramètres socio-cliniques recueillis (âge, sexe, lieu de vie, niveau scolaire, nombre de traitement pris, aide à la prise des médicaments, présence de troubles cognitifs, niveau d'autonomie) ;
- rechercher la corrélation entre les réponses aux deux questions globales et les paramètres socio-cliniques recueillis ;
- rechercher la corrélation entre les réponses aux deux questions globales et les réponses aux 4 facteurs (sous-scores).

Matériels et Méthodes

1. Déroulement de l'évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille

La consultation d'évaluation multidisciplinaire de la chute s'adresse à toute personne âgée ayant chuté ou présentant un risque de chute.

Elle comprend une consultation initiale par un médecin gériatre qui programme l'hospitalisation de jour multidisciplinaire dont il prévoit les intervenants.

En hôpital de jour, le patient bénéficie d'une évaluation par un gériatre, un neurologue, un médecin rééducateur, un ergothérapeute, une diététicienne, une assistante sociale, et possiblement un pédicure-podologue, un psychologue ou encore un ophtalmologue.

Le gériatre, ou l'interne, recueille dans un dossier standardisé : les données sociales, les antécédents personnels et familiaux ainsi que la liste des médicaments habituels avec les modifications récentes, le nombre de chutes, les circonstances de la ou des chutes, le retentissement de ces chutes et la mobilité mesurée par l'espace de vie du patient, l'indépendance fonctionnelle à l'aide des échelles ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

Puis, il procède à l'examen physique avec une attention plus particulière sur l'examen cardio-vasculaire et ostéo-articulaire.

Le neurologue évalue les fonctions cognitives par l'interrogatoire et la réalisation du MMSE (Mini Mental State Examination) et réalise un examen neurologique approfondi.

Le médecin rééducateur réalise un examen centré sur les capacités fonctionnelles et posturo-locomotrices du patient.

Un bilan nutritionnel par une diététicienne, une évaluation environnementale par un ergothérapeute et un bilan social par une assistante sociale sont réalisés, si nécessaire.

En fonction des éléments recueillis par les différents intervenants, des recommandations pratiques, thérapeutiques et environnementales pour diminuer le risque de chute sont proposées.

Six mois après l'hospitalisation de jour, les patients sont revus en consultation de suivi par le même gériatre : à l'interrogatoire, il recueille le nombre de chutes lors des 6 mois qui ont suivi l'évaluation multidisciplinaire et leurs conséquences. Il réévalue l'espace de vie du patient la peur de chuter, l'équilibre et la marche.

Ensuite, il vérifie le suivi des différentes recommandations faites lors de l'évaluation multidisciplinaire de la chute.

2. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, mono centrique, sur la disposition à la déprescription médicamenteuse chez les personnes âgées reçues en Hôpital de Jour (HDJ) d'Evaluation Multidisciplinaire de la Chute du CHU de Lille et de leurs aidants.

L'étude a été conduite entre le 1 février et le 1 aout 2021 à l'Hôpital « Les Bateliers » de Lille.

Critères d'inclusion :

- Age > 65 ans
- Résidant à domicile ou institutionnalisé
- Connaissance de son propre traitement
- Prise d'au moins 1 médicament chronique (> 3 mois)

Critères de non inclusion :

- Troubles cognitifs modérés à sévères (MMSE < 21/30) (14)

- Incapacité à remplir le questionnaire (barrière de la langue, troubles visuels, ...)

Critères d'inclusion des aidants :

- Age > 18 ans
- Aidant d'un patient > 65 ans

Critères de non inclusion des aidants :

- Incapacité à remplir le questionnaire

Le recrutement a été fait par échantillonnage sans but d'exhaustivité mais d'exemplarité et en variation maximale.

3. Recueil des données

L'ensemble des informations recueillies dans le dossier patient commun d'hôpital de jour chute ont été retranscrites dans un dossier EXCEL anonymisé en variables binaires ou numériques (autorisé par la CNIL). Les données enregistrées sont montrées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Données sociodémographiques et cliniques des patients, des aidants et leurs proches lors de la consultation en HDJ.

- Age
- Sexe
- Lieu de vie
- Niveau scolaire
- Gestion de la prise médicamenteuse (aide humaine, dispositif d'aide)
- Nombre et classes des médicaments sur l'ordonnance du patient
- Score MMSE
- Scores ADL et IADL
- Médecin qui a adressé le patient en consultation
- Age de l'aidant
- Sexe de l'aidant
- Niveau scolaire de l'aidant
- Relation de l'aidant avec le patient
- Auto-questionnaire rPATD (version patient ou version aidant)

Concernant l'analyse de la disposition des patients et de leurs aidants à la déprescription, c'est le questionnaire rPATD qui a été utilisé (en annexe, sont présentés l'intégralité des questionnaires).

Pour les patients, le questionnaire (Figure 4, en Annexes) se divise en une première partie qui recueille les données socio-démographiques et les médicaments habituels ; puis une deuxième partie avec 22 questions portant sur la mesure qualitative de l'attitude envers la déprescription et d'autres thématiques associées.

Pour les aidants, le questionnaire (Figure 5, en Annexes) se divise également en une première partie qui recueille des informations sociodémographiques sur l'aidant lui-même ainsi que sur son proche et sur les habitudes médicamenteuses de ce dernier ; puis 19 questions sur les mêmes thématiques abordées avec le patient.

Les questionnaires abordent les différentes thématiques suivantes (définies comme « facteurs », correspondant chacun à quatre ou cinq questions) :

- La perception de la charge associée à la prise des médicaments (*burden factor*),
- La conviction de la pertinence de la prescription médicale (*appropriateness factor*),
- L'inquiétude concernant l'arrêt des traitements (*concerns about stopping factor*)
- L'implication personnelle dans la gestion des médicaments (*involvement factor*).

Deux questions supplémentaires plus globales (*Global Question*), concernant la volonté d'arrêter les médicaments et la satisfaction générale des médicaments actuels, complètent le questionnaire.

Les participants répondent à chaque question à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points (**1=Oui, tout à fait ; 2=Oui, en partie ; 3=Sans avis ou indécis ; 4=Non, pas vraiment ; 5=Non, pas du tout**). Un score moyen (entre 1 et 5) est alors calculé pour

chaque dimension en moyennant les réponses aux questions correspondantes. Il n'y a pas de score global pour le questionnaire.

Un score *bas* pour le « *burden factor* » indique que la charge associée à la prise médicamenteuse est ressentie comme lourde.

Un score *bas* pour « *appropriateness factor* » indique une croyance faible dans la pertinence des médicaments.

Un score *bas* pour « *concerns about stopping factor* » indique une forte inquiétude devant l'arrêt des traitements.

Enfin, un score *bas* pour « *involvement factor* » indique une volonté forte d'implication dans la gestion des médicaments.

En regard des *questions globales*, un score *plus bas* indique que le patient (ou l'aidant) serait favorable à arrêter certains médicaments si le médecin le proposait ainsi qu'une satisfaction globale des traitements actuels.

Les données recueillies sont uniquement accessibles par Monsieur Le Professeur François PUISIEUX et Madame Ilenia MASSARO. Le fichier est enregistré sur l'espace de stockage sécurisé de l'Université de Lille « NEXTCLOUD ». Pour une utilisation du fichier sur l'ordinateur personnel de l'auteur, le fichier était crypté à l'aide du logiciel « VeraCrypt ».

4. Éthique

Il s'agit d'une étude sur des données issues des dossiers médicaux et recueillies de façon rétrospective. Le protocole de l'étude respecte les accords de la CNIL et Cette

étude sort du cadre réglementaire de la recherche bio-médicamenteuse (hors loi Jardé) et ne nécessite pas d'avis favorable délivré par le Comité de Protection des Personnes.

En l'absence d'intervention, la collecte et l'utilisation des données ne nécessite pas de recueil de consentement ou d'information préalable.

Les patients sont informés du traitement de leurs données via une mention légale introduite dans les courriers de la consultation chute adressés au patient.

Figure 1 : Mention légale sur les comptes rendus de la consultation.

« Recherche :

Les données contenues dans le dossier médical peuvent être réunies dans un fichier informatique permettant leur utilisation dans le cadre de recherches cliniques sur le vieillissement. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le(la) patient(e) peut exercer un droit d'opposition en contactant notre secrétariat de recherche au 03 20 44 46 02 ; le(la) patient(e) en a été informé(e) lors de son séjour à l'hôpital. »

L'auteur de la thèse ne déclare pas de conflit d'intérêt en lien avec l'étude.

5. Analyse statistique des données

Les analyses statistiques ont été effectuées sur la base d'un fichier Excel contenant notre recueil de données, par l'unité de Méthodologie, Biostatistiques et Data-Management du CHU de Lille.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas de distribution non gaussienne.

La corrélation entre les réponses aux deux questions globales et les quatre facteurs a été évaluée à l'aide du calcul du coefficient de corrélation de Spearman ainsi que

l'association avec âge, nombre de médicaments, MMS, ADL et IADL.

La corrélation avec le sexe et lieu de vie a été évaluée avec le Wilcoxon test.

La variable « NIVEAU SCOLAIRE » a été divisée en trois items :

- Absence d'études et études primaires ;
- Collège et lycée ;
- Baccalauréat et études supérieures.

Les corrélations ont été évaluées avec le Kruskal-Wallis test.

La variable « AIDE A LA PRISE » a été divisée en deux items :

- Absence d'aide
- Présence d'aide (médicaments donnés par un conjoint, un membre de la famille, une personne de confiance, un soignant).

Les corrélations ont été évaluées avec le Wilcoxon test.

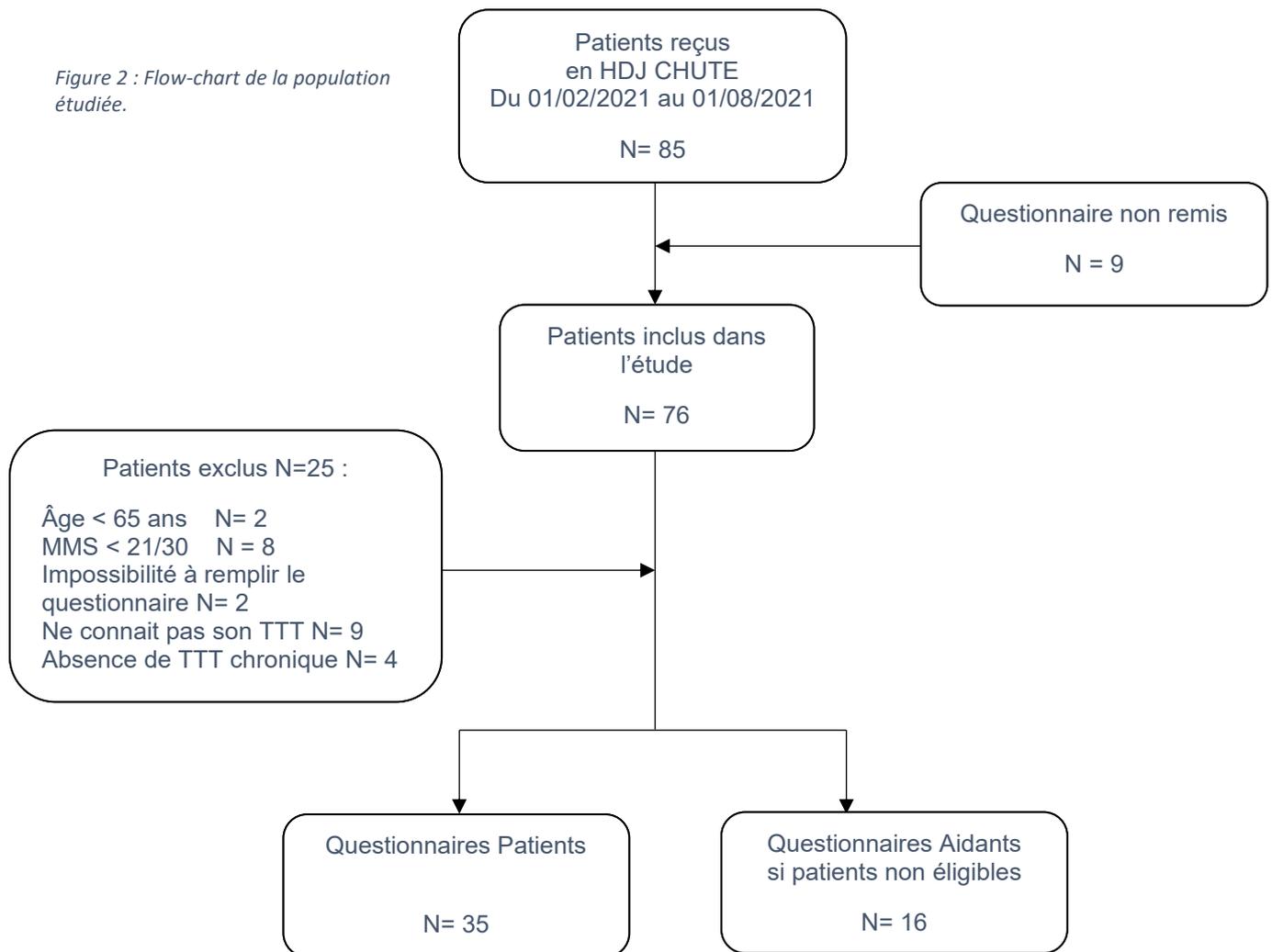
Le niveau de significativité a été fixé à p value <0,05.

Résultats

Durant la période de l'étude (du 1^{er} février au 1^{er} aout), 85 patients ont été reçus en HDJ Chute de l'Hôpital « Les Bateliers » de Lille (Figure 3).

Lors que les patients n'étaient pas éligibles, le questionnaire a été proposé aux aidants présents à la consultation (selon les critères d'inclusion).

Figure 2 : Flow-chart de la population étudiée.



1. Caractéristiques de la population

Les patients répondeurs étaient majoritairement des femmes, avaient un âge moyen de 84 ans, avec un ADL moyen à 5,5/6. Ils étaient tous polypathologiques et polymédiqués.

Les aidants étaient des femmes (le plus souvent les enfants) avec un âge moyen de 56 ans. Leurs proches étaient aussi majoritairement des femmes, avaient un âge moyen de 86,5 ans et vivant à domicile : les thérapeutiques n'étaient pas gérés par le patient dans le 80% des cas. Ils étaient également polymédiqués.

Les principales caractéristiques démographiques et cliniques des patients et des aidants sont fournies dans les Tableaux 2 et 3.

Tableau 2 : Principales caractéristiques démographiques et cliniques des patients.

Nom	Variable		Descriptif	Nom	Variable		Descriptif
	Unité	Modalités	N=35		Unité	Modalités	N=35
Sexe	N(%)	Homme	7 (20.0)	Nombre de traitements		Médiane (Q1;Q3)	6.0 (4.0 ; 10.0)
		Femme	28 (80.0)				
Age		Médiane (Q1;Q3)	84.0 (76.0 ; 87.0)	Diurétiques	N(%)		0 27 (77.1)
MMS		Médiane (Q1;Q3)	27.0 (26.0 ; 29.0)				1 7 (20.0)
ADL		Médiane (Q1;Q3)	5.5 (5.5 ; 6.0)	Autres Antihypertenseurs	N(%)		2 1 (2.9)
IADL		Médiane (Q1;Q3)	5.0 (3.0 ; 7.0)				0 31 (88.6)
Lieu de vie	N(%)	Domicile	33 (94.3)	Anticoagulants	N(%)		1 4 (11.4)
		En institution	2 (5.7)				0 232 (62.9)
Niveau scolaire	N(%)	Pas d'études	2 (5.7)	Antiagrégants	N(%)		1 13 (37.1)
		Primaire	11 (31.4)				2 1 (2.9)
		Collège	9 (25.7)	Psychotropes	N(%)		0 10 (28.6)
		Lycée	4 (11.4)				1 13 (37.1)
		Supérieur au Bac	9 (25.7)	Hypoglycémiants	N(%)		2 7 (20.0)
Aide pour prise des traitements	N(%)	Vous même	26 (74.3)				3 5 (14.3)
		Votre conjoint	2 (5.7)				0 29 (82.9)
		Membre famille	7 (20.0)				1 1 (2.9)
							2 3 (8.6)
Médecin adressant	N(%)	Médecin traitant	11 (31.4)	Opioides	N(%)		3 2 (5.7)
		Gériatre ou EMG	8 (22.9)				0 31 (88.6)
		Neurologue	6 (17.1)				1 3 (8.6)
		Rhumatologue	5 (14.3)				2 1 (2.9)
		Autre spécialiste	5 (14.3)	AINS	N(%)		0 32 (91.4)
						1 3 (8.6)	

Analgésiques centraux	N(%)	0	33 (94.3)
		1	2 (5.7)
IEC	N(%)	0	27 (77.1)
		1	8 (22.9)
Antiarythmiques	N(%)	0	34 (97.1)
		1	1 (2.9)
Inhibiteurs calciques	N(%)	0	26 (74.3)
		1	9 (25.7)
Bétabloquants	N(%)	0	21 (60.0)
		1	14 (40.0)

Anticholinergique	N(%)	0	33 (94.3)
		1	2 (5.7)
Anticonvulsivants	N(%)	0	30 (85.7)
		1	4 (11.4)
Statines	N(%)	2	1 (2.9)
		0	22 (62.9)
IPP	N(%)	1	13 (37.1)
		0	21 (60.0)
		1	14 (40.0)

Tableau 3 : Principales caractéristiques démographiques et cliniques des aidants.

Nom	Variable		Descriptif N=35
	Unité	Modalités	
Age aidant		Médiane (Q1;Q3)	56.0 (51.0 ; 62.0)
Sexe aidant	N(%)	Femmes	10 (71.4)
		Hommes	4 (28.6)
Relation avec le patient	N(%)	Conjoint	1 (6.7)
		Enfant	13 (86.7)
		Autre	1 (6.7)
Niveau scolaire aidant	N(%)	Lycée	6 (46.2)
		Supérieur au BAC	7 (53.8)
Age		Médiane (Q1;Q3)	86.5 (82.0 ; 90.0)
Sexe	N(%)	Homme	4 (25.0)
		Femme	12 (75.0)
MMS		Médiane (Q1;Q3)	20.5 (17.0 ; 25.0)
ADL		Médiane (Q1;Q3)	5.0 (4.5 ; 5.5)
IADL		Médiane (Q1;Q3)	2.0 (1.0 ; 5.0)
Lieu de vie	N(%)	Domicile	15 (93.8)
		Institution	1 (6.3)
Niveau scolaire	N(%)	Primaire	4 (26.7)
		Collège	8 (53.3)

Nom	Variable		Descriptif N=35
	Unité	Modalités	
Aide pour prise ttt	N(%)	Non	3 (18.8)
		Aidant	6 (37.5)
		Famille	2 (12.5)
		Soignant	4 (25.0)
		Autre	1 (6.3)
Médecin adressant	N(%)	Médecin Traitant	3 (18.8)
		Gériatre ou EMG	2 (12.5)
		Neurologue	5 (31.3)
		Rhumatologue	2 (12.5)
		Autres spécialiste	4 (25.0)
Nombre de ttt		Médiane (Q1;Q3)	8.0 (6.0 ; 10.0)
Anti arythmiques	N(%)	1	1 (6.3)
Bétabloquants	N(%)	1	5 (31.3)
Inhibiteurs calciques	N(%)	1	4 (25.0)
		Diurétiques	N(%)
Autres antihypertenseurs	N(%)	2	3 (18.8)
		0	13 (81.3)
		1	2 (12.5)
Anticoagulants	N(%)	2	1 (6.3)
		1	4 (25.0)

Antiagrégants	N(%)	1	9 (56.3)
		2	1 (6.3)
Psychotropes	N(%)	1	9 (56.3)
		2	1 (6.3)
Antidiabétiques oraux	N(%)	1	1 (6.3)
		2	1 (6.3)
Opioides	N(%)	0	15 (93.8)
		1	1 (6.3)

Analgésiques centraux	N(%)	1	1 (6.3)
		2	1 (6.3)
AINS	N(%)	1	3 (18.8)
		2	1 (6.3)
Anticholinergiques	N(%)	0	13 (81.3)
		1	3 (18.8)
Anticonvulsivants	N(%)	1	1 (6.3)
		2	1 (6.3)
IPP	N(%)	1	10 (62.5)
		2	1 (6.3)
Statines	N(%)	1	9 (56.3)
		2	1 (6.3)

2. Réponses des patients et des aidants au questionnaire

Tableau 4 : Descriptif des réponses des patients aux questions (regroupées dans les 4 facteurs et deux questions globales).

Variable		Descriptif
Nom	Modalités	N=16
Burden factor	Médiane (Q1 ; Q3)	4,2 (3,2 ; 4,6)
Appropriateness factor	Médiane (Q1 ; Q3)	4,1 (3,4 ; 4,6)
Concerns about Stopping factor	Médiane (Q1 ; Q3)	3,8 (3,4 ; 4,6)
Involvement factor	Médiane (Q1 ; Q3)	2,0 (1,0 ; 2,4)
Global Question 1	Médiane (Q1 ; Q3)	1,0 (1,0 ; 2,0)
Global Question 2	Médiane (Q1 ; Q3)	1,0 (1,0 ; 1,0)

Selon les réponses obtenues (Tableau 4), les patients de notre étude ne perçoivent pas comme trop importante la charge que représente la prise de leurs médicaments (*Burden factor* : médiane 4,2); ils considèrent pertinents et utiles les médicaments qui leur sont prescrits (*Appropriateness factor* : médiane 4) ; ils ne se disent pas particulièrement inquiets à l'idée d'arrêter certains traitements (*Concerns about stopping factor* : médiane 3,8) ; ils sont et souhaitent être impliqués dans la gestion de leur traitement médicamenteux (*Involvement factor* : médiane 2). Concernant les questions globales, ils sont prêts à arrêter un ou plusieurs traitements habituels si leur médecin disait que cela est possible bien qu'ils soient satisfaits des médicaments qu'ils prennent (*Global Question 1 et 2* : médianes 1).

Tableau 5 : Descriptif des réponses des aidants aux questions (regroupées dans les 4 facteurs) et aux questions globales.

Variable		Descriptif
Nom	Modalités	N=16
Burden factor	Médiane (Q1 ; Q3)	3,1 (2,4 ; 3,8)
Appropriatness factor	Médiane (Q1 ; Q3)	3,5 (2,8 ; 4,2)
Concerns about Stopping factor	Médiane (Q1 ; Q3)	3,0 (2,3 ; 3,8)
Involvement factor	Médiane (Q1 ; Q3)	1,9 (1,3 ; 2,5)
Global Question 1	Médiane (Q1 ; Q3)	1,5 (1,0 ; 3,5)
Global Question 2	Médiane (Q1 ; Q3)	1,0 (1,0 ; 2,0)

Les aidants (Tableau 5) perçoivent comme modérée la charge que représente la prise des traitements par leurs proches (*Burden factor* : médiane 3,1) et sont aussi modérément inquiétés par l'éventuel arrêt des traitements habituels (*Concerns about Stopping Factor* : médiane 3). Ils ont moyennement confiance dans la pertinence de la prescription habituelle (*Appropriatness factor* : médiane 3,5) et ils se considèrent impliqués dans la prise en charge médicamenteuse de leurs proches (*Involvement factor* : médiane 1,9).

Comme les patients (Graphique radar comparatif, Figure 3), les aidants sont globalement satisfaits des médicaments de leur proches (*Global Question 2* : médiane 1) mais ils se disent prêts à arrêter un ou plusieurs traitements habituels si le médecin dit que cela est possible (*Global Question 1* : médiane 1,5).

Les réponses détaillées au questionnaire des patients et des aidants sont présentées en Annexe, Figure 6.

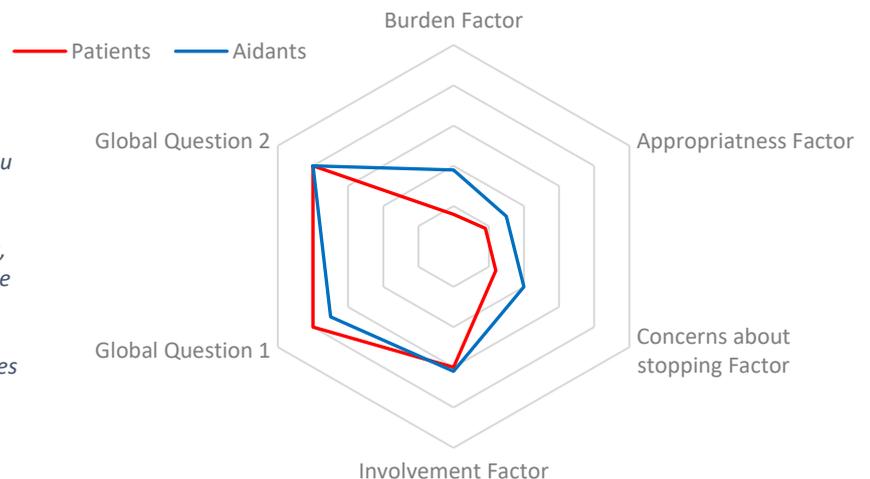


Figure 3 : Graphique radar comparatif des réponses au questionnaire des patients et des aidants. Les aidants perçoivent plus le poids de la prise médicamenteuse par rapport au ressenti des patients, sont plus inquiets quant à l'arrêt des médicaments de leurs proches et ils manifestent moins de confiance dans les prescriptions médicales. En regard des questions globales et de l'implication, les réponses des deux sous-groupes sont plus ou moins superposables.

3. Analyse des données

Les corrélations ont été recherchées uniquement pour le sous-groupe «PATIENT». Aucune corrélation significative n'a été obtenue entre la valeur moyenne de chaque facteur et les réponses aux deux questions globales (Tableaux 7-16, en Annexe)

De même, aucune corrélation significative n'a été observée entre la valeur moyenne de chaque facteur et les caractéristiques sociodémographiques des patients.

Seule une corrélation significative a été retrouvée entre les réponses aux deux questions globales et l'aide à la prise médicamenteuse (Tableau 6).

Tableau 6 : Corrélation entre les réponses aux questions « globales » des patients et la prise médicamenteuse.

Pas d'aide = autonome pour la prise des traitements. Aide = aide pour la prise des traitements par un conjoint ou membre de la famille ou professionnel de santé.

Variable		AIDE PRISE		Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	Pas d'aide N=26	Aide N=9	Test	pvalue
Global question 1 : « Si mon médecin disait que cela est possible, je serais prêt(e) à arrêter un ou plusieurs de mes médicaments habituels »	Données manquantes	0	0	Wilcoxon	0.031
	Moyenne ± Ecart-type	1.4 ± 0.8	2.6 ± 1.7		
	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 2.0)	2.0 (1.0 ; 4.0)		
	Minimum Maximum	1.0 4.0	1.0 5.0		
Global question 2 : « Globalement, je suis satisfait(e) de mes médicaments actuels ».	Données manquantes	0	0	Wilcoxon	0.047
	Moyenne ± Ecart-type	1.0 ± 0.3	1.8 ± 1.4		
	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0;1.0)	1.0 (1.0 ; 2.0)		
	Minimum Maximum	0.0 2.0	1.0 5.0		

Discussion

A notre connaissance, il s'agit de la première application de la version française du questionnaire r-PATD depuis sa traduction. Cette étude montre que les patients âgés chuteurs, et leurs aidants, sont globalement satisfaits des traitements qui leurs sont prescrits. Pourtant, ils sont disposés à arrêter certains médicaments si leur médecin le recommande.

1. Évaluation de la disposition des patients et de leurs aidants à la déprescription

La population de notre étude, quoique polymédiquée (6 à 8 médicaments par jour), ne perçoit pas la prise des médicaments comme un fardeau important et ils considèrent que les prescriptions faites par le médecin sont appropriées. Ces résultats, associés à la faible inquiétude quant à l'arrêt des médicaments habituels, traduisent le fait que les patients et leurs aidants sont favorablement disposés à la déprescription (6).

Les aidants, et encore plus les patients, souhaitent être impliqués dans le processus décisionnel et la gestion des traitements habituels. Il est établi que la participation directe dans le choix et la prise médicamenteuse est un des facteurs d'observance chez la personne âgée et une revendication forte des patients ainsi que leurs aidants (15,16).

Concernant les deux questions « *Si mon médecin disait que cela est possible, je serais prêt à arrêter un ou plusieurs de mes médicaments habituels* » et « *Globalement, je suis*

satisfait de mes médicaments actuels »), les patients et les aidants se disent globalement satisfaits de l'ordonnance actuelle mais prêts à arrêter certains médicaments sur la recommandation de leur médecin. Ces deux constats peuvent sembler contradictoires. Ils traduisent, en réalité, la confiance qu'ils ont dans leur médecin généraliste, quand il prescrit un médicament mais aussi quand il déprescrit.

Les médecins traitants jouent, donc, un rôle fondamental dans la déprescription. Ainsi lorsque le gériatre propose une déprescription, il est nécessaire que le médecin généraliste approuve la proposition. Une alliance entre le gériatre, le médecin généraliste et le pharmacien est sans doute le meilleur moyen pour réduire la polypharmacie et l'utilisation inappropriée de médicaments (17,18).

Une étude de type qualitative (19) s'est intéressé au rôle des patients et des aidants dans la déprescription : ils partageaient certains points de vue sur la valeur des médicaments, mais ils avaient quelques divergences, en particulier concernant les effets secondaires, la capacité à tolérer les inconvénients ou l'inconfort et le degré de confiance dans la recommandation du prescripteur.

La littérature (6,10,13,20–23) retrouve que la plupart des aidants ressentent une inquiétude quant à l'arrêt des traitements plus grande que les patients; en revanche, les aidants expriment souvent une préférence pour un rôle relativement passif dans la prise de décision médicale.

Bien que légères, ces différences ont été observées dans notre étude (Figure 3) et, à notre sens, elles obligent les prescripteurs à tenir compte de la diversité de points de vue lors d'un projet de déprescription.

Galazzi et al., ont rapporté que la majorité des personnes âgées hospitalisés avec polymédication souhaitait réduire le nombre de leurs médicaments. Le désir de déprescription n'était pas associé à l'âge, au sexe, au nombre de traitements ou à la pathologie (24). D'autres études ont conclu l'absence de corrélation avec les caractéristiques démographiques des participants, du setting de l'étude ou du statut socio-économique du pays d'étude (18).

De même, nous n'avons pas retrouvé de corrélations avec la plupart des caractéristiques considérées (âge, sexe, lieu de vie, niveau scolaire, MMS, ADL, IADL) : une seule corrélation statistiquement significative entre les réponses aux deux questions globales et l'absence d'aide pour la prise des médicaments a été observé, pouvant nous indiquer un rôle possible de l'autonomie sur la prédisposition à la déprescription et sur la satisfaction générale des traitements prescrits.

2. Faisabilité d'utilisation du questionnaire r-PATD dans la pratique médicale

Dans notre étude, tous les questionnaires proposés ont été remplis sans grande difficulté car les patients et les aidants ont volontiers répondu à notre demande de compléter le questionnaire, intéressés qu'ils étaient de donner leur avis sur la question. Cela prouve qu'utiliser le questionnaire en HDJ est faisable et que les questions sont compréhensibles par les patients et/ou les aidants sollicités.

La version française du questionnaire r-PATD présente globalement de bonnes propriétés psychométriques, qui sont semblables à celles du questionnaire anglophone original : son utilisation peut être utile dans la pratique médicale pour évaluer la disposition à la déprescription des patients et de leurs aidants et ainsi aider les médecins

à détecter les réticences à la déprescription. Cependant, l'utilité est limitée par sa nature quantitative, ne pouvant remplacer les échanges entre le médecin et le patient (11).

Comme préconisé par Roux et al. (13), une simplification du questionnaire pourrait être utile pour plusieurs raisons :

- L'échelle de Likert à 5 points a été rapportée comme complexe à utiliser pour certaines personnes âgées ;
- Le questionnaire est assez long avec redondance de certaines questions, entraînant possiblement une confusion pour répondre ;
- Certaines personnes âgées, particulièrement les personnes institutionnalisées, n'étaient pas en mesure de répondre au questionnaire ou nécessitaient une aide pour le remplir.

D'autres modifications pourraient être aussi envisagées, notamment la suppression de la question sur les coûts car en France la majorité des médicaments sont remboursés.

On pourrait aussi suggérer que l'outil soit utilisé conjointement avec des informations écrites sur les risques et les avantages de médicaments, pour une meilleure conversation sur la déprescription : lorsque les patients n'ont pas une bonne compréhension des raisons pour lesquelles chacun de leurs médicaments leur a été prescrit, ils sont réticents à réduire leurs médicaments (18).

Une mauvaise perception des avantages de la déprescription par les patients pourrait compromettre la mise en œuvre des recommandations : ces dernières nécessitent d'être bien expliqués par les professionnels de santé.

3. Forces et limites de l'étude

Notre étude est originale et, à notre connaissance, aucun travail équivalent n'a été réalisé auprès de patient âgés chuteurs en France.

Elle a aussi plusieurs limites. Il s'agit premièrement d'une étude rétrospective, monocentrique concernant une population particulière, celle reçue en hospitalisation de jour chute. Cela empêche évidemment toute généralisation à la population âgée.

La population de patients étudiée était majoritairement des femmes vivant au domicile relativement autonomes (ADL 5,5/6 ; IADL 5/8) avec un MMS moyen à 27/30. Cet échantillon peut même ne pas être tout à fait représentatif de la population de l'HDJ Chute, mais il s'agit des patients auxquels une éducation thérapeutique pourrait être proposée.

Enfin, le travail a été réalisé durant l'épidémie de COVID-19, empêchant d'atteindre le nombre de patients nécessaire, entraînant un manque de puissance statistique. De ce fait, au vu du faible nombre de questionnaires recueillis (N=16), aucune corrélation n'a pu être recherchée pour le sous-groupe « AIDANTS »

Conclusion

Cette étude préliminaire suggère que les patients reçus en HDJ d'évaluation multidisciplinaire de la chute et leurs aidants sont plutôt bien disposés à la déprescription et qu'ils désirent être impliqués dans le procès décisionnel.

Ils expriment aussi une grande confiance dans leur médecin généraliste et accepteront la déprescription si celui-ci leur recommande.

Il a été décidé de poursuivre l'utilisation systématique de l'auto-questionnaire r-PATD ce qui pourrait permettre de mieux décrire la disposition des patients et de leurs aidants à la déprescription mais aussi de répondre à la question de la valeur prédictive de la réponse au questionnaire pour la mise en œuvre réelle de la déprescription à 6 mois, notamment des médicaments entraînant un risque de chute accru.

Références

1. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité le 31 aout 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
2. Lee J, Negm A, Peters R, Wong EKC, Holbrook A. Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications : a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. février 2021;11(2):e035978.
3. Hart LA, Phelan EA, Yi JY, Marcum ZA, Gray SL. Use of Fall Risk–Increasing Drugs Around a Fall-Related Injury in Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. juin 2020;68(6):1334–43.
4. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 aout 2017;73(8):927–35.
5. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 10 octobre 2017;17:230.
6. Reeve E, Low L-F, Hilmer SN. Attitudes of Older Adults and Caregivers in Australia toward Deprescribing. *J Am Geriatr Soc*. juin 2019;67(6):1204–10.
7. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. aout 2007;63(8):725–31.
8. Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of ‘deprescribing’ with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. décembre 2015;80(6):1254–68.

9. Wu H, Kouladjian O'Donnell L, Fujita K, Masnoon N, Hilmer SN. Deprescribing in the Older Patient: A Narrative Review of Challenges and Solutions. *Int J Gen Med.* 24 juillet 2021;14:3793–807.
10. Scott S, Clark A, Farrow C, May H, Patel M, Twigg MJ, et al. Attitudinal predictors of older peoples' and caregivers' desire to deprescribe in hospital. *BMC Geriatr.* 15 avril 2019;19:108.
11. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire. *Int J Clin Pharm.* février 2013;35(1):51–6.
12. Reeve E, Low L-F, Shakib S, Hilmer SN. Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. *Drugs Aging.* 1 décembre 2016;33(12):913–28.
13. Roux B, Sirois C, Niquille A, Spinewine A, Ouellet N, Péteïn C, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire in French. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* août 2021;17(8):1453–62.
14. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *Press Med* 1999;8.
15. Hughes TM, Merath K, Chen O, Sun S, Palmer E, Idrees J, Okunrintemi V, Squires M, Beal E, Pawlik T. Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *The American Journal of Surgery.* 2018;6.

16. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. *Drugs Aging*. 1 octobre 2013;30(10):793–807.
17. Reeve E, Thompson W, Farrell B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *European Journal of Internal Medicine*. mars 2017;38:3–11.
18. Chock YL, Wee YL, Gan SL, Teoh KW, Ng KY, Lee SWH. How Willing Are Patients or Their Caregivers to Deprescribe: a Systematic Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED* [Internet]. 25 juin 2021 [cité 20 juillet 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06965-5>
19. Pickering AN, Hamm ME, Dawdani A, Hanlon JT, Thorpe CT, Gellad WF, et al. Older Patient and Caregiver Perspectives on Medication Value and Deprescribing: A Qualitative Study. *J Am Geriatr Soc*. avril 2020;68(4):746–53.
20. Giménez RS, Anciano JG, Cortés MAR, Ramos JRB, Pizarra AG, Verdugo RM. Beliefs and attitudes about deprescription in older HIV-infected patients: ICARD Project. *Rev Esp Quimioter*. 2021;34(1):18–27.
21. Kua KP, Saw PS, Lee SWH. Attitudes towards deprescribing among multi-ethnic community-dwelling older patients and caregivers in Malaysia: a cross-sectional questionnaire study. *Int J Clin Pharm*. 1 juin 2019;41(3):793–803.
22. Kua C-H, Reeve E, Tan DSY, Koh T, Soong JL, Sim MJL, et al. Patients' and Caregivers' Attitudes Toward Deprescribing in Singapore. *The Journals of Gerontology: Series A*. 1 juin 2021;76(6):1053–60.
23. Reeve E, Anthony AC, Kouladjian O'Donnell L, Low L-F, Ogle SJ, Glendenning JE, et al. Development and pilot testing of the revised Patients' Attitudes Towards

Deprescribing questionnaire for people with cognitive impairment. *Australasian Journal on Ageing*. 2018;37(4):E150–4.

24. Galazzi A, Lusignani M, Chiarelli MT, Mannucci PM, Franchi C, Tettamanti M, et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *Int J Clin Pharm*. avril 2016;38(2):454–61

Annexes

Figure 4 : Questionnaire sur les attitudes des patients envers la déprescription. Version pour les personnes âgées. Roux et al, 2020.

Questionnaire sur les attitudes des patients envers la déprescription version pour les personnes âgées

Après avoir pris connaissance de la note d'information, merci d'avance de bien vouloir prendre le temps de remplir ce questionnaire anonyme.

Date de remplissage du questionnaire : |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

1^{ère} partie :

1. Quel est votre âge ?	_____ ans
2. Quel est votre sexe ?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
3. Où vivez-vous ?	<input type="checkbox"/> A domicile (maison, appartement...) <input type="checkbox"/> Dans une institution (EHPAD...) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
4. Quel est votre plus haut niveau scolaire atteint ?	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais été à l'école <input type="checkbox"/> Primaire (Certificat d'études) <input type="checkbox"/> Collège (Brevet, BEPC), CAP, BEP <input type="checkbox"/> Lycée (Bac général, Bac Pro ou équivalent) <input type="checkbox"/> Supérieur au Bac (université/grandes écoles) Précisez ce niveau, si nécessaire : _____
5. Combien de sortes (noms) de médicaments prescrits différents prenez-vous par jour ?	_____
6. Combien cela représente-il de prises de comprimés, gélules, patchs, gouttes, etc. par jour ?	Le matin ? _____ Le midi ? _____ Le soir ? _____ Au coucher ? _____ À tout autre moment ? _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
7. Qui s'occupe de vos médicaments ? (Cochez tout ce qui s'applique)	<input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Votre conjoint <input type="checkbox"/> Un membre de votre famille <input type="checkbox"/> Une personne de confiance (une personne sans lien de parenté) <input type="checkbox"/> Un soignant (ex : une infirmière) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

8. Utilisez-vous un dispositif pour vous aider à prendre vos médicaments (ex : pilulier, semainier) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

2^{ème} partie :

Indiquez votre degré d'accord avec les énoncés suivants en cochant la case appropriée.

	Oui, tout à fait	Oui, en partie	Sans avis ou indécis	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
1 Je dépense beaucoup d'argent pour mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
2 Prendre mes médicaments tous les jours n'est pas très pratique	<input type="checkbox"/>				
3 Je trouve que je prends un grand nombre de médicaments	<input type="checkbox"/>				
4 Je trouve que mes médicaments sont une contrainte pour moi	<input type="checkbox"/>				
5 Parfois, je pense que je prends trop de médicaments	<input type="checkbox"/>				
6 Je trouve que je prends peut-être un ou plusieurs médicaments dont je n'ai plus besoin	<input type="checkbox"/>				
7 J'aimerais essayer d'arrêter un de mes médicaments pour voir comment je me sentirais sans celui-ci	<input type="checkbox"/>				
8 J'aimerais que mon médecin réduise la dose d'un ou plusieurs de mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
9 Je pense qu'un ou plusieurs de mes médicaments ne sont peut-être pas efficaces	<input type="checkbox"/>				
10 Je crois qu'un ou plusieurs de mes médicaments peuvent me donner en ce moment des effets indésirables	<input type="checkbox"/>				
11 Je serais réticent(e) à arrêter un médicament que je prends depuis longtemps	<input type="checkbox"/>				
12 Si un de mes médicaments était arrêté, je serais inquiet(e) de passer à côté de ses futurs bénéfices	<input type="checkbox"/>				
13 Je suis inquiet(e)/stressé(e) chaque fois que mes médicaments sont changés	<input type="checkbox"/>				
14 Si mon médecin me recommandait d'arrêter un médicament, j'aurais le sentiment qu'il renonce à me soigner	<input type="checkbox"/>				

15	J'ai déjà eu une mauvaise expérience quand un médicament a été arrêté	<input type="checkbox"/>				
16	Je comprends bien pourquoi on m'a prescrit chacun de mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
17	Je sais exactement quels médicaments je prends en ce moment et/ou je tiens à jour une liste de mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
18	J'aime en savoir le plus possible sur mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
19	J'aime être impliqué(e) avec mes médecins dans les décisions qui sont prises concernant mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
20	Je demande toujours au médecin, au pharmacien ou à un autre professionnel de la santé s'il y a quelque chose que je ne comprends pas au sujet de mes médicaments	<input type="checkbox"/>				
21	Si mon médecin disait que cela est possible, je serais prêt(e) à arrêter un ou plusieurs de mes médicaments habituels	<input type="checkbox"/>				
22	Globalement, je suis satisfait(e) de mes médicaments actuels	<input type="checkbox"/>				

Figure 5 : Questionnaire sur les attitudes des patients envers la déprescription. Version pour les aidants. Roux et al, 2020.

Questionnaire sur les attitudes des patients envers la déprescription
version pour les aidants

Après avoir pris connaissance de la note d'information, merci d'avance de bien vouloir prendre le temps de remplir ce questionnaire anonyme.

Date de remplissage du questionnaire : |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

1^{ère} partie :

1. Quel est votre âge ?	_____ ans
2. Quel est votre sexe ?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
3. Quelle est votre relation avec la personne âgée dont vous prenez soin ?	<input type="checkbox"/> Conjoint/concubin <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Frère/sœur

	<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre personne sans lien de parenté
4. Quel est votre plus haut niveau scolaire atteint ?	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais été à l'école <input type="checkbox"/> Primaire (Certificat d'études) <input type="checkbox"/> Collège (Brevet, BEPC), CAP, BEP <input type="checkbox"/> Lycée (Bac général, Bac Pro ou équivalent) <input type="checkbox"/> Supérieur au Bac (université/grandes écoles) Précisez ce niveau, si nécessaire : _____

Concernant la personne dont vous prenez soin :

5. Quel est son âge ?	_____ ans
6. Quel est son sexe ?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
7. Où vit-elle ?	<input type="checkbox"/> A domicile (maison, appartement...) <input type="checkbox"/> Dans une institution (EHPAD,...) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
8. Quel est son plus haut niveau scolaire atteint ?	<input type="checkbox"/> Elle n'a jamais été à l'école <input type="checkbox"/> Primaire (Certificat d'études) <input type="checkbox"/> Collège (Brevet, BEPC), CAP, BEP <input type="checkbox"/> Lycée (Bac général, Bac Pro ou équivalent) <input type="checkbox"/> Supérieur au Bac (université/grandes écoles) Précisez ce niveau, si nécessaire : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
9. Combien de sortes (noms) de médicaments prescrits différents prend-t-elle par jour ?	_____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
10. Combien cela représente-t-il de prise de comprimés, gélules, patchs, gouttes, etc. par jour?	Le matin ? _____ Le midi ? _____ Le soir ? _____ Au coucher ? _____ À tout autre moment ? _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
11. Qui s'occupe de ses médicaments ? (Cochez tout ce qui s'applique)	<input type="checkbox"/> Elle-même <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Un autre membre de la famille

	<input type="checkbox"/> Une autre personne sans lien de parenté <input type="checkbox"/> Un soignant (ex : une infirmière) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
12. Utilise-t-elle un dispositif pour l'aider à prendre ses médicaments (ex : pilulier, semainier) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

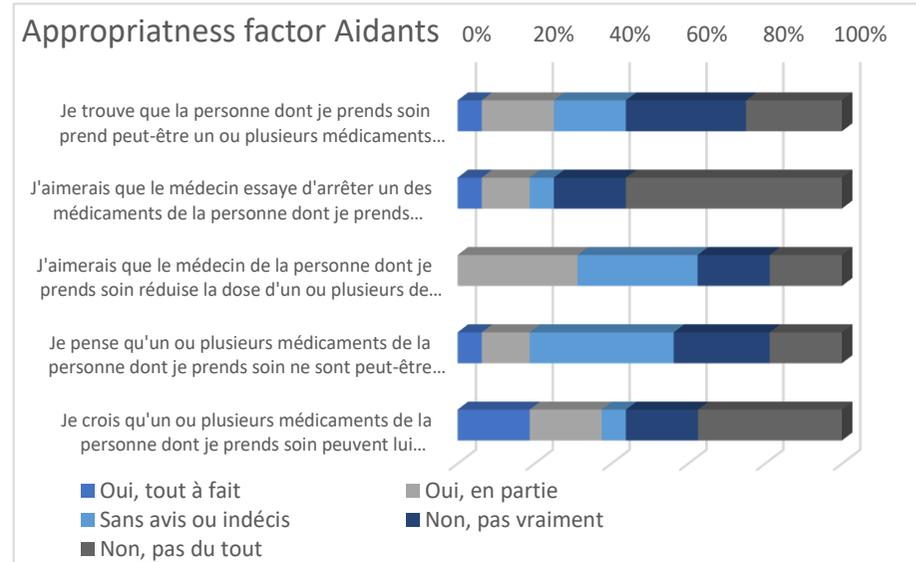
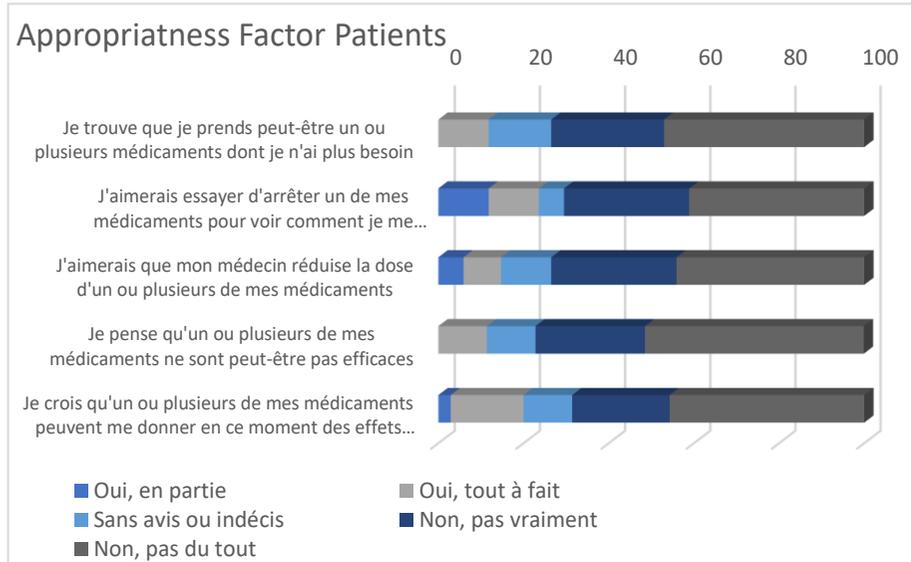
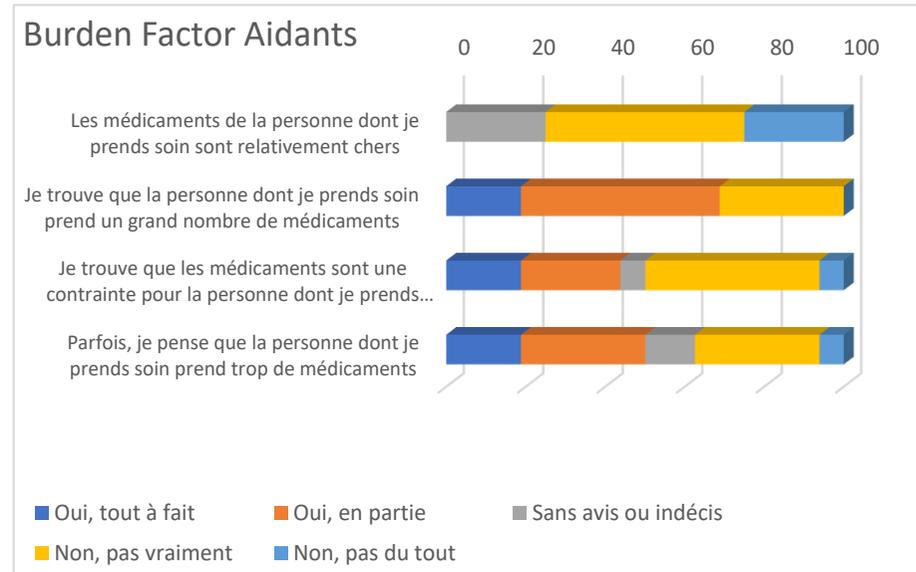
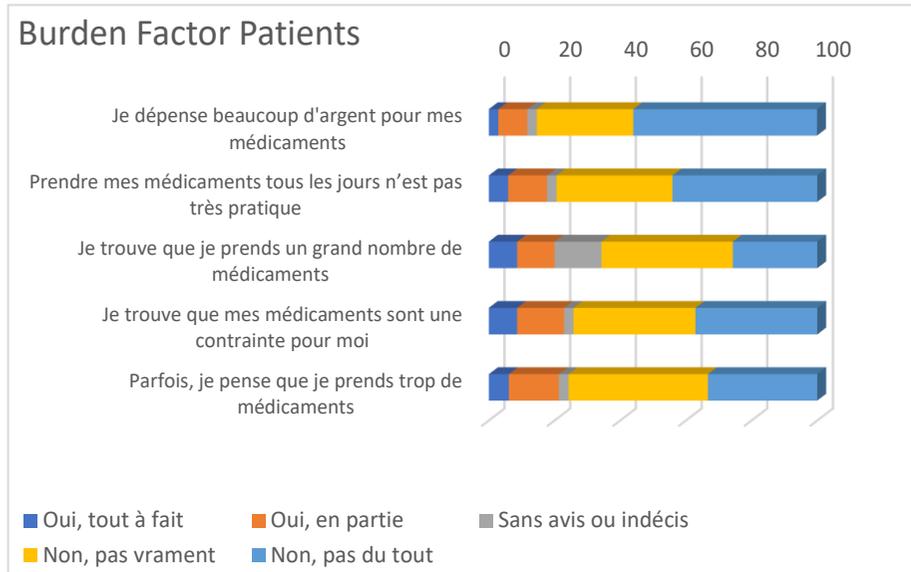
2^{ème} partie :

Indiquez votre degré d'accord avec les énoncés suivants en cochant la case appropriée.

	Oui, tout à fait	Oui, en partie	Sans avis ou indécis	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
1 Les médicaments de la personne dont je prends soin sont relativement chers	<input type="checkbox"/>				
2 Je trouve que la personne dont je prends soin prend un grand nombre de médicaments	<input type="checkbox"/>				
3 Je trouve que les médicaments sont une contrainte pour la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				
4 Parfois, je pense que la personne dont je prends soin prend trop de médicaments	<input type="checkbox"/>				
5 Je trouve que la personne dont je prends soin prend peut-être un ou plusieurs médicaments dont elle n'a plus besoin	<input type="checkbox"/>				
6 J'aimerais que le médecin essaye d'arrêter un des médicaments de la personne dont je prends soin pour voir comment elle se sentirait sans celui-ci	<input type="checkbox"/>				
7 J'aimerais que le médecin de la personne dont je prends soin réduise la dose d'un ou plusieurs de ses médicaments	<input type="checkbox"/>				
8 Je pense qu'un ou plusieurs médicaments de la personne dont je prends soin ne sont peut-être pas efficaces	<input type="checkbox"/>				
9 Je crois qu'un ou plusieurs médicaments de la personne dont je prends soin peuvent lui donner en ce moment des effets indésirables	<input type="checkbox"/>				
10 Je serais réticent(e) à arrêter un des médicaments pris depuis longtemps par la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				
11 Je m'inquiète/cela me stresse chaque fois que les médicaments de la personne dont je prends soin sont modifiés	<input type="checkbox"/>				
12 J'ai le sentiment que si j'acceptais qu'on arrête un des médicaments de la personne dont je prends soin, ce serait comme renoncer à la soigner	<input type="checkbox"/>				
13 La personne dont je prends soin a déjà eu une mauvaise expérience à l'arrêt d'un médicament	<input type="checkbox"/>				

14 Je sais exactement quels médicaments prend en ce moment la personne dont je prends soin et/ou je tiens à jour une liste de ses médicaments	<input type="checkbox"/>				
15 J'aime en savoir le plus possible sur les médicaments de la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				
16 J'aime être impliqué(e) avec les médecins dans les décisions qui sont prises concernant les médicaments de la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				
17 Je demande toujours au médecin, au pharmacien ou à un autre professionnel de la santé s'il y a quelque chose que je ne comprends pas au sujet des médicaments de la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				
18 Si son médecin disait que c'est possible, je serais prêt(e) à arrêter un ou plusieurs des médicaments de la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				
19 Globalement, je suis satisfait(e) des médicaments actuels de la personne dont je prends soin	<input type="checkbox"/>				

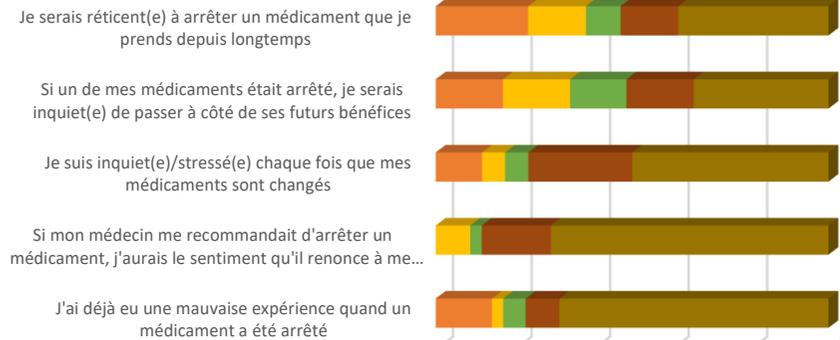
Figure 6 : Réponses détaillées des patients et des aidants regroupés dans les 4 Facteurs (Burden Appropriateness, Concerns about stopping, Involvement) et 2 questions de nature globale (Global Questions).



Concerns about stopping Factor

Patients

0% 20% 40% 60% 80% 100%

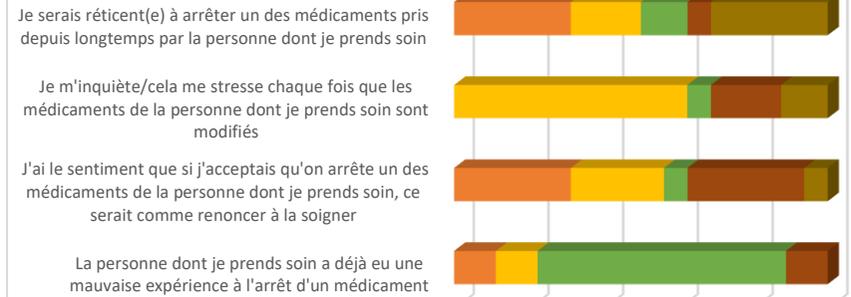


■ Oui, tout à fait ■ Oui, en partie ■ Sans avis ou indécis
■ Non, pas vraiment ■ Non, pas du tout

Concerns about stopping Factor

Aidants

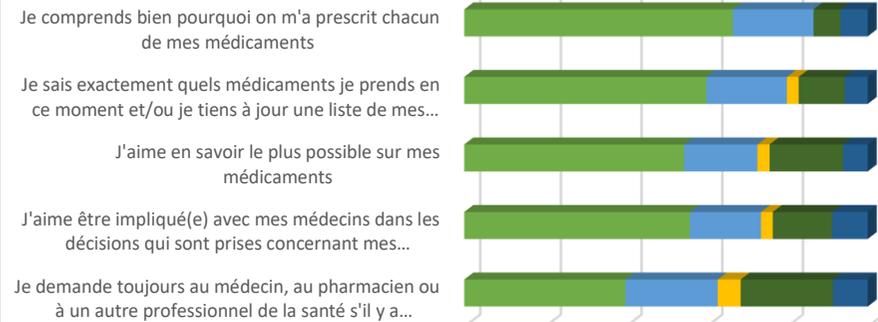
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ Oui, tout à fait ■ Oui, en partie ■ Sans avis ou indécis
■ Non, pas vraiment ■ Non, pas du tout

Involvement factor patients

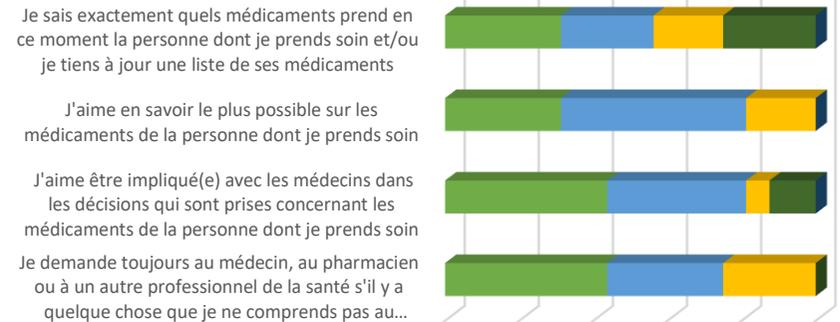
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ Oui, tout à fait ■ Oui, en partie
■ Sans avis ou indécis ■ Non, pas vraiment
■ Non, pas du tout

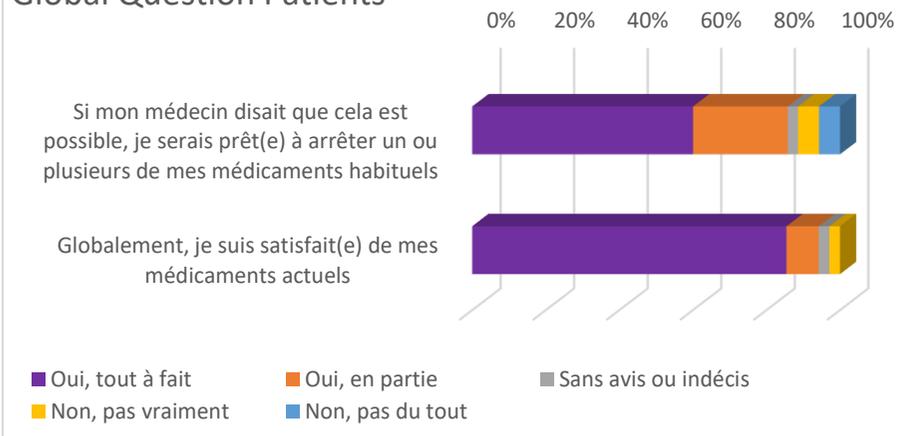
Involvement factor aidants

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ Oui, tout à fait ■ Oui, en partie
■ Sans avis ou indécis ■ Non, pas vraiment
■ Non, pas du tout

Global Question Patients



Global Question Aidants

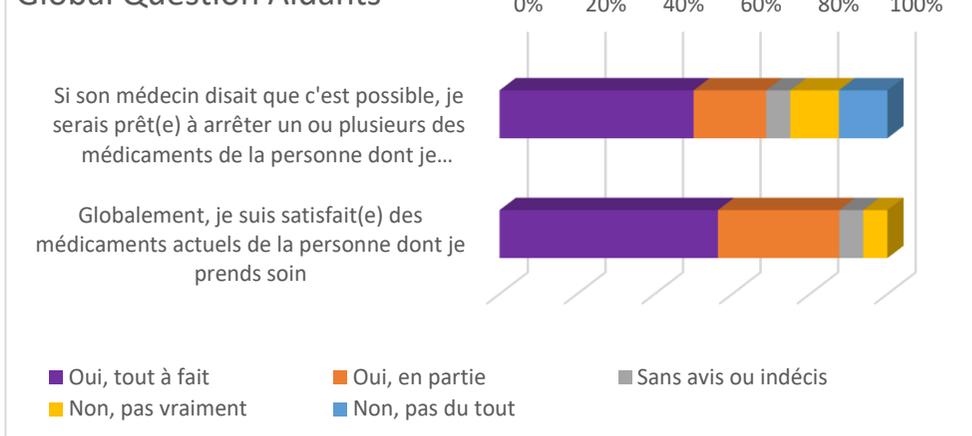


Tableau 7 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT » entre les facteurs considérés (burden, appropriateness, concern about stopping, involvement) et le sexe.

Variable			SEXE		Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	Homme N=7	Femme N=28	Test	pvalue	
Burden factor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.6 ; 4.6)	4.2 (3.2 ; 4.6)	Wilcoxon	0.9345	
Appropriatenessfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.2 ; 4.8)	4.0 (3.8 ; 4.6)	Wilcoxon	0.9491	
Stoppingfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.0 (2.6 ; 4.8)	3.7 (3.4 ; 4.5)	Wilcoxon	0.8853	
Involvementfactor	Médiane (Q1;Q3)	2.2 (2.0 ; 3.2)	1.8 (1.0 ; 2.4)	Wilcoxon	0.1592	

Tableau 8 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT » entre les facteurs considérés (burden, appropriateness, concern about stopping, involvement) et le lieu de vie.

Variable			LIEU DE VIE		Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	Domicile N=33	Institution N=2	Test	pvalue	
Burden factor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.2 ; 4.6)	3.2 (2.0 ; 4.4)		NA : effectif < 8	
Appropriatenessfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.6 ; 4.6)	3.1 (2.2 ; 4.0)		NA : effectif < 8	
Stoppingfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.0 (3.4 ; 4.6)	2.5 (2.2 ; 2.8)		NA : effectif < 8	
Involvementfactor	Médiane (Q1;Q3)	2.0 (1.2 ; 2.4)	1.1 (1.0 ; 1.2)		NA : effectif < 8	

Tableau 9 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT » entre les facteurs considérés (burden, appropriateness, concern about stopping, involvement) et le niveau scolaire.

Variable		NIVEAU SCOLAIRE			Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	1 N=13	2 N=13	3 N=9	Test	pvalue
Burden factor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.2 ; 4.4)	4.2 (3.6 ; 4.8)	4.0 (3.2 ; 4.6)	Kruskal-Wallis	0.82
Appropriatenessfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (4.0 ; 4.6)	4.0 (3.0 ; 4.8)	4.2 (3.2 ; 4.4)	Kruskal-Wallis	0.54
Stoppingfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.6 ; 4.6)	4.0 (3.2 ; 5.0)	3.6 (3.4 ; 4.0)	Kruskal-Wallis	0.76
Involvementfactor	Médiane (Q1;Q3)	2.0 (1.6 ; 2.6)	1.4 (1.0 ; 2.3)	2.0 (2.0 ; 2.2)	Kruskal-Wallis	0.56

Tableau 10 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT » entre les facteurs considérés (burden, appropriateness, concern about stopping, involvement) et l'aide à la prise des médicaments.

Variable			AIDE PRISE		Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	0 N=26	1 N=9	Test	pvalue	
Burden factor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.4 ; 4.6)	4.0 (2.8 ; 4.4)	Wilcoxon	0.28	
Appropriatenessfactor	Médiane (Q1;Q3)	4.2 (3.8 ; 4.6)	3.6 (2.8 ; 4.6)	Wilcoxon	0.31	
Stoppingfactor	Médiane (Q1;Q3)	3.9 (3.4 ; 4.8)	3.6 (3.4 ; 4.4)	Wilcoxon	0.62	
Involvementfactor	Médiane (Q1;Q3)	1.8 (1.0 ; 2.2)	2.3 (2.0 ; 3.2)	Wilcoxon	0.097	

Tableau 11 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT» entre les questions « globales » (arrêt des traitements si médecin d'accord ; satisfaction général) et le sexe.

Variable		SEXE		Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	0 N=7	1 N=28	Test	pvalue
Global Question 1	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 2.0)	1.0 (1.0 ; 2.0)		0.5758
Global Question 2	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 1.0)	1.0 (1.0 ; 1.0)		0.4023

Tableau 12 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT» entre les questions « globales » (arrêt des traitements si médecin d'accord ; satisfaction général) et le lieu de vie.

Variable		LIEU_DE_VIE		Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	0 N=33	1 N=2	Test	pvalue
Global Question 1	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 2.0)	2.5 (1.0 ; 4.0)		NA : effectif < 8
Global Question 2	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 1.0)	1.5 (1.0 ; 2.0)		NA : effectif < 8

Tableau 13 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT» entre les questions « globales » (arrêt des traitements si médecin d'accord ; satisfaction général) et le niveau scolaire.

Variable		DV_NIVEAU_SCOLAIRE			Comparaison des groupes	
Nom	Modalités	1 N=13	2 N=13	3 N=9	Test	pvalue
Global Question 1	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 2.0)	1.0 (1.0 ; 2.0)	2.0 (1.0 ; 3.0)	Kruskal-Wallis	0.41
Global Question 2	Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0 ; 1.0)	1.0 (1.0 ; 1.0)	1.0 (1.0 ; 1.0)	Kruskal-Wallis	0.88

Tableau 14 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT» entre les facteurs considérés (burden, appropriatness, concern about stopping, involvement) et l'age , le nombre de traitements pris, le MMS, l'ADL et l'IADL.

Spearman Correlation Coefficients, N = 35 Prob > r under H0: Rho=0					
	Age	Nombre de tt	MMS	ADL	IADL
Burden factor	-0.05084 0.7718	-0.11519 0.5099	0.03003 0.8640	0.32606 0.0559	0.19563 0.2601
Appropriatness factor	0.00462 0.9793 34	-0.08412 0.6362 34	0.04862 0.7848 34	0.08568 0.6299 34	0.06448 0.7171 34
Stopping factor	0.06446 0.7129	-0.05209 0.7663	-0.16071 0.3564	-0.10674 0.5417	0.25225 0.1438
Involvement factor	0.04257 0.8081	0.16764 0.3357	-0.00724 0.9671	-0.11871 0.4970	-0.01224 0.9443

Tableau 15 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT» entre les questions « globales» (arrêt des traitements si médecin d'accord ; satisfaction général) et l'age , le nombre de traitements pris, le MMS, l'ADL et l'IADL.

Spearman Correlation Coefficients, N = 35 Prob > r under H0: Rho=0					
	Age	Nombre de ttt	MMS	ADL	IADL
Global Question1	0.28299 0.0995	0.03681 0.8337	0.07349 0.6748	0.14384 0.4097	-0.27355 0.1118
Global Question2	-0.21715 0.2102	0.19950 0.2506	0.23654 0.1713	0.03290 0.8512	-0.16026 0.3578

Tableau 16 : Correlation dans le sous-groupe « PATIENT» entre les questions « globales» et les facteurs considérés (burden, appropriatness, concern about stopping, involvement).

Spearman Correlation Coefficients Prob > r under H0: Rho=0 Number of Observations				
	Burden factor	Appropriatness factor	Stopping factor	Involvement factor
Global Question1	0.00096 0.9956 35	-0.04151 0.8157 34	-0.16724 0.3369 35	0.13134 0.4520 35
Global Question2	0.02356 0.8931 35	0.07493 0.6736 34	-0.26721 0.1207 35	-0.07231 0.6797 35

AUTEUR : Nom : MASSARO Prénom : ILENIA

Date de soutenance : 20/10/2021

Titre de la thèse : Disposition à la déprescription médicamenteuse des patients reçus en Hôpital de Jour d'évaluation multidisciplinaire de la chute et de leurs aidants.

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Gériatrie

Mots-clés : Patient âgé, chute, polymédication, déprescription, Questionnaire rPATD,

Contexte : La polymédication chez les personnes âgées est associée à une multitude d'événements indésirables dont les chutes. La déprescription des médicaments pourvoyeurs de chutes est fréquemment proposée aux patients âgés chuteurs ou à haut risque de chute.

Objectif : L'objectif principal de ce travail était d'analyser, au sein de la population âgée accueillie en hospitalisation de jour d'évaluation multidisciplinaire de la chute du CHU de Lille, la disposition à la déprescription des patients et de leurs aidants.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique. L'auto-questionnaire r-PATD a été utilisé pour évaluer la disposition des patients et des aidants à la déprescription. Il s'agit d'un outil international traduit en français en 2020 : ses questions sont regroupées en 4 domaines (appelés facteurs) et deux questions de nature plus globale. Les objectifs secondaires étaient de rechercher la corrélation entre les réponses au questionnaire et les paramètres socio-cliniques recueillis ainsi que la corrélation entre les réponses aux questions globales et les réponses aux 4 facteurs.

Résultats : Durant la période de l'étude, 35 patients et 16 aidants ont répondu au questionnaire. Les patients perçoivent comme modérée la charge liée à la prise médicamenteuse, ils ont confiance dans la pertinence de la prescription et sont peu inquiets par l'éventuel arrêt des traitements. Ils sont prêts à arrêter un ou plusieurs traitements habituels si leur médecin confirme que cela était possible. Pourtant ils se disent tout à fait satisfaits des médicaments actuels. Les réponses des aidants sont globalement concordantes avec celles des patients. Seule une corrélation significative a été retrouvée entre la réponse aux 2 questions globales et la présence d'aide à la prise médicamenteuse.

Conclusion : Les patients et leurs aidants désirent être impliqués dans le procès de la déprescription et ils sont réceptifs aux conseils de leur médecin. Une alliance entre médecin généraliste, gériatre et pharmacien est la condition pour mettre en œuvre efficacement la déprescription.

Composition du Jury :

Président : Pr BOULANGER Éric

Assesseurs : Pr BEUSCART Jean-Baptiste

Directeur de thèse : Pr PUISIEUX François