

Évaluation du maintien de la déprescription initiée en hospitalisation lors de la première réévalution ambulatoire

Laura Carlot, Guillaume Choné

▶ **To cite this version:**

Laura Carlot, Guillaume Choné. Évaluation du maintien de la déprescription initiée en hospitalisation lors de la première réévalution ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03344150

HAL Id: dumas-03344150

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03344150

Submitted on 14 Sep 2021

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2021

ÉVALUATION DU MAINTIEN DE LA DÉPRESCRIPTION INITIÉE EN HOSPITALISATION LORS DE LA PREMIÈRE RÉÉVALUTION AMBULATOIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Laura CARLOT

[Données à caractère personnel]

Guillaume CHONÉ

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 08/09/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick Imbert

Membres :

M. le Professeur Jean-Luc Cracowski

M. le Docteur Maxime Moulin (directeur de thèse)

M. le Docteur Farouk Bendamene

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

Remerciements communs

À Monsieur le professeur Patrick Imbert.

Merci d'avoir accepté de présider notre jury. Nous tenions à vous exprimer notre gratitude pour l'investissement que vous consacrez à la formation de médecine générale grenobloise.

À monsieur le professeur Jean Luc Cracowski.

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Votre expertise de la pharmacologie sera un bon apport au jugement de ce travail.

À monsieur le docteur Farouk Bendamene.

Merci d'avoir pu vous rendre disponible et d'avoir accepté de juger notre travail. Votre point de vue de médecin généraliste sera essentiel. Merci de l'implication que vous donnez pour encadrer les étudiants en médecine générale grenoblois.

À Maxime Moulin.

Merci d'avoir accepté au pied levé de nous accompagner dans ce travail. Tu as su nous guider avec brio dans la production de ce travail et nous transmettre la rigueur et la bienveillance que tu appliques au quotidien dans l'exercice de ton métier.

À Maurine Oreglia.

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail, les aléas en ont voulu autrement.

Aux internes et médecins des services participant à notre étude. Votre travail de recueil nous a permis de mener à bien notre travail.

Aux médecins généralistes répondants et leurs patients Merci d'avoir pris de votre temps précieux pour répondre à nos questions.

A Elodie. Merci d'avoir gentiment accepté de nous aider dans l'analyse statistique pour notre étude.

Remerciements Laura

Merci Guillaume d'avoir accepté de participer à ce travail, ton calme et ta sérénité m'auront porté tout au long de cette étape.

À mes proches, merci à mes parents et mon frère pour avoir été présent et soutenant durant toutes ces années d'étude. Aux amis de longue date, Lucille, Yohan, toujours là malgré les périodes d'absences et les années.

Au Tonight girls, merci Julie, Sophie, Anne Laure, Adeline, Maurine, Sandra, Louise, ce stage en endocrinologie m'aura apporté bien plus que de la médecine. Les amitiés que nous avons tissées m'auront permis de trouver ma place et de m'ancrer dans ma vie. Anne Laure tes relectures et nos discussions ont permis de finaliser ce projet je t'en suis reconnaissante. Adeline, tu as été au point de départ de ce travail, et le voilà enfin ! Maurine tu nous auras permis de nous rencontrer avec Guillaume, encore une fois tu auras été la maman carnad.

A Marielle merci pour ton soutien, tes relectures et ta patience, il en fallait. Ta présence à mes côtés m'est précieuse, merci d'être là tout simplement.

À mes pairs, et aux soignant(e)s qui ont participé à ma formation, qui ont éveillé ma curiosité, ma réflexion médicale et personnelle, qui m'ont aidé à devenir la soignante que je suis aujourd'hui. Aux médecins en devenir, à ceux qui le sont devenu en même temps que moi, au futur et à ceux avec qui je vais débuter la suite.

Aux patient(e)s

Remerciements Guillaume

A Laura,

Tes nombreuses qualités, humaines, professionnelles, entrevues durant la réalisation de ce travail t'ont permis de rester calme face à mes talents de procrastinateur. Malgré les quelques embûches rencontrées, tu as été une formidable co-thésarde.

Je te souhaite le meilleur pour la suite.

À mes pairs (/amis?),

Les annéciens pêchus, Aude, Cécile, Chanchan, La bouj', Marine, La coil', Alix, Romain, Victor, La Kev', Yoyo... Cet internat a démarré sur les chapeaux de roue grâce à vous !

Mes co internes croisés à Chambé, Manon, Guillaume, Grégoire, Loic, Adel, Ismérie, Popo, ces moments passés ensemble, certains studieux et d'autres non, auront été fort agréables !

Mes maîtres de stage, Paul, Nicolas, Monika, Jean Paul, Nathalie, Frederique, Laurent, Pierre, merci de m'avoir fait découvrir ce beau métier à votre manière.

Les médecins de l'UPU, Caroline, Romain, Flavie, par la façon dont vous nous avez encadrés, ce semestre m'a donné goût à la médecine hospitalière !

Et toutes les autres personnes que j'oublie qui m'ont permis de près ou de loin d'avancer dans mon projet professionnel.

À ma famille,

Papa et Maman, en nous transmettant vos valeurs, à travers notre éducation, vous nous avez donnés toutes les clés pour réussir, je vous en serais éternellement reconnaissant !

Dri et Gogotte, quelle chance d'avoir une fratrie comme ça ! Je nous souhaite une éternelle complicité comme celle que nous avons construite. Dri, merci d'être et d'avoir été mon exemple. Magali, bienvenue dans la famille !

A mes amis (/pairs?),

Les touristes, les Clibles, Les Lambhoutin, les Sbizeton, les Beucler, les Semporé (grâce à ces raccourcis un peu grossier j'économise un peu de forêt amazonienne, ne m'en voulez pas), Emilie, Anne, Charlotte, Emma, Théo, Anais, Florian, Manon, Julia. Merci pour ces années d'externat remplies de bons souvenirs, souvent festifs. Vous voir à l'occasion de week end de retrouvailles est toujours un bonheur !

Le croupulus, Clément, Charlotte, Loic, Morgane, Alizée, Etienne, Julie, Benoit. Même si les moments ensemble se font rares, c'est toujours un plaisir de vous voir, votre bonne humeur est communicative, vous alimentez mon ouverture au monde no(rmal)n médical !

Mention spéciale à Lolo, mon professeur d'anglais particulier.

Mes amis de la Coloc chambérienne, Pierre et Hélène: merci pour ces mois passés ensemble forts agréables !

Mes copains alpins, Léa, Aurélie, Laia, Damien, toujours à fond, notre passion commune pour la montagne remplira nos têtes et les albums photos de pleins de souvenirs je l'espère.

Antoine et Yohan, la team GRE, toujours au top, même si les plans galères se font de plus en plus rares (!). Vous avez tous les deux des qualités exceptionnelles, dont j'essaye de m'inspirer.

Marion, tu partages mon quotidien depuis plusieurs années maintenant. Tu me fais grandir, tu sais trouver les mots justes lors des moments de doute. Merci pour tous ces moments passés ensemble et ceux à venir !

Table des matières

Remerciements 5
Remerciements communs 5
Remerciements Laura 6
Remerciements Guillaume 7
Liste des figures 14
Liste des tableaux 14
Liste des abréviations 15
1 Introduction 16
2 Matériel et méthode 18
2.1 Protocole d'étude 18
2.1.1 Objectif principal 18
2.1.2 Objectifs secondaires 18
2.1.2.1 Motifs de reprise 19
2.1.2.2 Facteurs associés à la reprise thérapeutique 19
2.1.2.2.1 Facteurs liés à l'hospitalisation 19
2.1.2.2.2 Facteurs liés au médecin traitant 20
2.1.2.2.3 Facteurs liés au patient et au suivi ambulatoire 20
2.1.2.2.4 Facteurs liés à la déprescription 20
2.2 Population 22
2.2.1 Critères d'inclusion 22
2.2.2 Critères d'exclusion 22
2.2.2.1 Recueil initial hospitalier 22
2.2.2.2 Recueil secondaire ambulatoire 22
2.3 Méthode de recrutement 23
2.3.1 Phase hospitalière 23
2.3.2 Phase ambulatoire 24
2.4 Réglementation légale 24

2.5 Analyses statistiques 25
3 Résultats 26
3.1 Constitution de la cohorte de l'étude 26
3.2 Description des populations 27
3.2.1 Patients et hospitalisations 27
3.2.1.1 Patients 27
3.2.1.2 Hospitalisations 27
3.2.2 Médecins et suivi ambulatoire 28
3.2.2.1 Médecins 28
3.2.2.2 Suivi ambulatoire 29
3.2.3 Déprescriptions 30
3.2.3.1 Caractéristiques hospitalières 30
3.2.3.2 Caractéristiques ambulatoires et liées au suivi 31
3.2.3.3 Classes thérapeutiques et médicaments potentiellement inappropriés 31
3.3 Devenir des déprescriptions 33
3.3.1 Classes thérapeutiques 33
3.3.2 Patients 35
3.3.2.1 Séjour hospitalier 35
3.3.2.2 Profil des patients 35
3.3.2.3 Suivi ambulatoire 36
3.3.3 Caractéristiques hospitalières 36
3.3.4 Médecins et réévaluation de la déprescription 37
3.3.4.1 Profil des médecins 37
3.3.4.2 Contexte de la réévaluation 39
3.3.4.3 Déprescriptions reprises 39
3.3.5 Analyse des facteurs d'influences 40
3.3.5.1 Facteurs liés à l'hospitalisation 40
3.3.5.2 Facteurs liés au patient au suivi ambulatoire 41
3.3.5.3 Facteurs liés au médecin 41
3.3.5.4 Facteurs liés à la déprescription 41

3.3.5.4.1 Influence des classes thérapeutiques 42
3.3.5.4.2 Influence des médicaments potentiellement inappropriés 43
4 Discussion 44
4.1 Devenir de la déprescription hospitalière 44
4.1.1 Taux de maintien de la déprescription hospitalière 44
4.1.2 Motifs de reprises 44
4.2 Influences de la déprescriptions 45
4.2.1 Classes médicamenteuses 45
4.2.1.1 Médicaments du système cardiovasculaire 45
4.2.1.2 Médicaments antidiabétiques 46
4.2.1.3 Médicaments du reflux gastro-œsophagien 47
4.2.1.4 Supplémentations vitaminiques et martiales 47
4.2.1.5 Médicaments du système nerveux 47
4.2.2 Déprescriptions et hospitalisation 48
4.2.2.1 Influence de la iatrogénie et des médicaments potentiellement inappropriés 48
4.2.2.2 Conciliation médicamenteuse 50
4.2.2.3 Durée d'hospitalisation 50
4.2.3 Rôle de la transmission de l'information et de la communication 51
4.2.3.1 Compte-rendu d'hospitalisation : un moyen d'information 51
4.2.3.2 Communication difficile 52
4.2.4 Déprescriptions et influences ambulatoires 52
4.2.4.1 Type de patient 52
4.2.4.2 Suivi ambulatoire 53
4.2.4.2.1 Durée du suivi 53
4.2.4.2.2 Médecin primo-prescripteur 53
4.2.4.2.3 Temps de la consultation 54
4.2.4.3 Outils de la déprescriptions 54
4.2.4.4 Médecins généralistes et déprescriptions 55
4.2.4.4.1 Âge des médecins 55

4.2.4.4.2 Type d'exercice 55
4.2.4.4.3 Maître de stage universitaire 55
4.3 Limites et points forts de l'étude 56
4.3.1 Limites de l'étude 56
4.3.1.1 Taille de l'échantillon et biais de sélection 56
4.3.1.2 Biais de mémorisation 56
4.3.1.3 Limite de la méthodologie de l'étude 56
4.3.2 Points forts 57
4.3.2.1 Validité externe du résultat principal 57
4.3.2.2 Une vision proche de la pratique de la déprescription 57
4.3.2.3 Des facteurs d'influence à confirmer 57
4.4 Perspectives pour des voies d'améliorations 58
4.4.1 Sensibilisation à l'importance de la déprescription 58
4.4.2 Amélioration de la communication 58
4.4.3 Une nouvelle approche de la déprescription 58
5 Conclusion 60
Résumé 63
6 Références bibliographiques 65
Serment d'Hippocrate 70
Annexes 71

Liste des figures

Figure 2-1 Équation de raisonnement face à une reprise thérapeutique 19
Figure 2-2 Méthode de recrutement 23
Figure 3-1 Diagramme de flux 26
Figure 3-2 Répartition des patients par service 27
Figure 3-3 Répartition des médecins par classes d'âges 28
Figure 3-4 Fréquence des consultations de suivi par le médecin 29
Figure 3-5 Suivi du patient par tranches d'années 30
Figure 3-6 Évolution des déprescriptions en fonction des services 37
Figure 3-7 Évolution des classes ATC 42

Liste des tableaux

Tableau 2-1 Variables pouvant influencer la déprescription 21
Tableau 3-1 Caractéristiques de l'activité des médecins 29
Tableau 3-2 Caractéristiques hospitalières 30
Tableau 3-3 Caractéristiques ambulatoires 31
Tableau 3-4 Classification ATC des déprescriptions 32
Tableau 3-5 Évolution des déprescriptions 34
Tableau 3-6 Évolution des caractéristiques du séjour 35
Tableau 3-7 Évolution du profil des patients 35
Tableau 3-8 Évolution du suivi ambulatoire du patient 36
Tableau 3-9 Évolution des caractéristiques hospitalières 36
Tableau 3-10 Évolution des profils des médecins 38
Tableau 3-11 Évolution des caractéristiques ambulatoires 39
Tableau 3-12 Motifs de reprise détail des molécules 40
Tableau 3-13 Influences hospitalières 40
Tableau 3-14 Influences liées aux patients et au suivi 41
Tableau 3-15 Influences liées aux médecins 41
Tableau 3-16 Influences des classes anatomiques 43
Tableau 3-17 Influence des critères STOPP 43

Liste des abréviations

ATC	Anatomique Thérapeutique et Chimique
CHMS	Centre Hospitalier Métropole Savoie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
EPHAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
MPI	Médicament potentiellement inapproprié
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
MSU	Maître de Stage des Universités
MT	Médecin Traitant
SAS	*Statistical Analysis System*
SISRA	Système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes
SSR	Soins de Suites et Réadaptation
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

1 Introduction

L'avancée des connaissances médicales et le vieillissement de la population génèrent une consommation croissante de médicaments.

En France, 3,9 millions de personnes ont 5 médicamen(1).

La polymédication, et notamment l'utilisation de médicaments identifiés comme potentiellement inappropriés, résulte en un plus fort taux d'hospitalisations et des coûts de santé plus importants (2).

Des initiatives institutionnelles visant à réduire le nombre de médicaments inappropriés ont donc vu le jour durant ces dernières décennies (3).

Dans ce contexte, on voit émerger le terme de déprescription médicamenteuse dans la littérature en 2003 : elle est définie comme l'action d'arrêter un médicament inapproprié dans l'objectif de réduire la polymédication et d'améli(4).

Bien que n'ayant pas prouvé d'efficacité sur la mortalité, il a été montré que son utilisation améliorait l'état de santé globale des patients (4–7)

Afin de faciliter sa réalisation, des outils cliniques ont été développés ((8,9).

Cependant, il existe de nombreux freins à la déprescription en médecine générale, qu'ils soient liés aux croyances et perceptions(10–12).

L'hospitalisation est une étape spécifique du parcours de santé du patient et peut être propice à la réalisation de la réévaluation thérapeutique. Mais il est important que cette déprescription soit poursuivie au retour du patient en ambulatoire.

Farbos a montré que les déprescriptions réalisées dans un service de gériatrie étaient suivies à hauteur de 87,2% par les médecins traitants, grâce à l'apport d'une conciliation médicamenteuse réalisée durant l'hospitalisation (13)

Pic a étudié le devenir des modifications thérapeutiques à la suite d'un séjour en Soins de Suites et de Réadaptation (SSR), avec une durée de séjour plus longue que celle d'un séjour d'hospitalisation conventionnelle, où les taux de maintien sont de 96% à un mois (14)

En addition à ces précédents travaux, il semble intéressant d'étudier la persistance, à distance de l'hospitalisation, de la déprescription telle que réalisée actuellement dans les services d'hospitalisation. Il serait également intéressant d'étudier les différents facteurs, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, liés au monde médical ou au patient qui influent sur la persistance de la déprescription.

2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et analytique prospective mono-centrique sur le Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry (CHMS). Elle s'est déroulée sur six mois, du 1er août 2020 au 2 mars 2021 pour le recueil en milieu hospitalier, et jusqu'au 30 avril 2021 pour le recueil de données auprès des médecins généralistes.

2.1 Protocole d'étude

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'observer le devenir des déprescriptions médicamenteuses initiées en milieu hospitalier lors de la consultation de suivi du médecin traitant. Pour cela, le taux de maintien de la déprescription a été mesuré.

Une déprescription médicamenteuse était définie comme l'arrêt volontaire d'un médicament ou sa diminution pour tout traitement pris au long cours par le patient avant son admission.

Pour répondre à l'objectif principal, la réponse du médecin généraliste à la question fermée « Avez-vous maintenu la déprescription lors de votre consultation de suivi ? » a été utilisée. La question étant répétée pour chaque médicament déprescrit.

Le recueil est effectué en individualisant chaque déprescription.

2.1.2 Objectifs secondaires

Les données ont été recueillies d'une part dans le dossier médical hospitalier, et d'autre part à l'aide des réponses des médecins généralistes à un questionnaire transmis par voies informatique ou téléphonique (disponible en *Annexe 2*).

2.1.2.1 Motifs de reprise

Les motifs de reprise étaient obtenus à l'aide d'un questionnaire avec un choix de réponses limité dont le détail est disponible en *Annexe 2* (à l'aide d'une classification). Deux catégories ont été utilisées : les reprises volontaires par le médecin traitant ; les reprises involontaires en raison d'une ignorance du changement de thérapeutique.

Les cinq possibilités de réponses étaient proposées dans l'hypothèse du raisonnement médical décrit ci-dessous. Le questionnaire complet est disponible en *Annexe 2*.

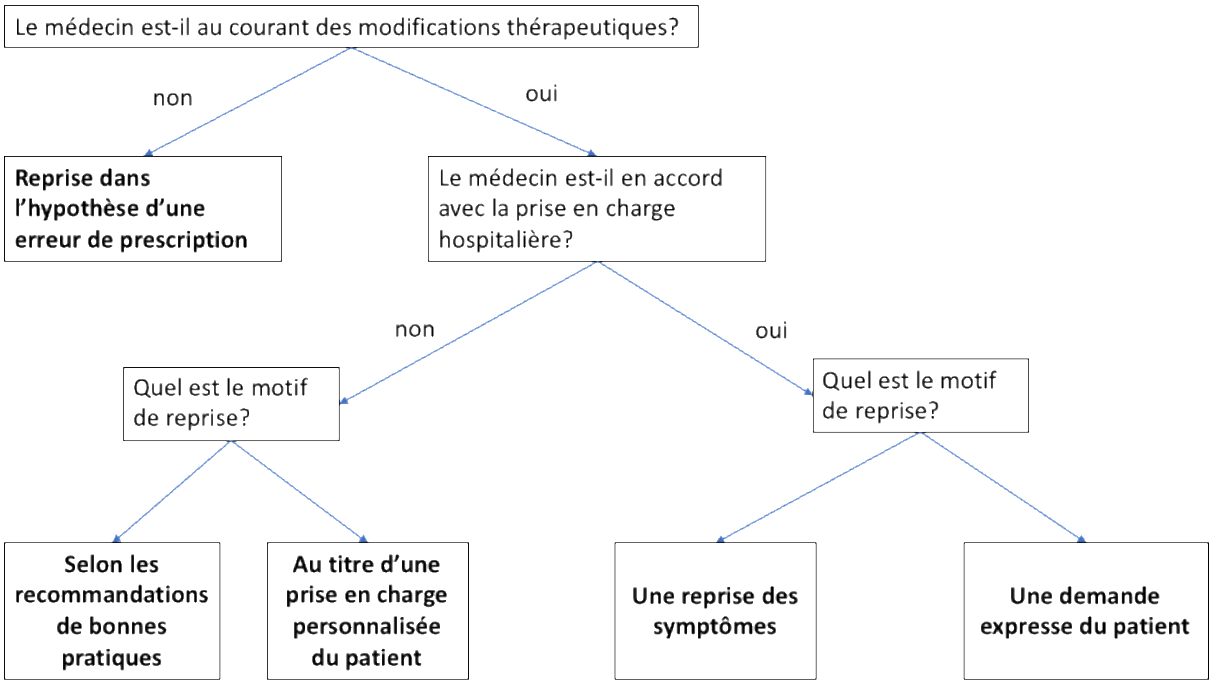


Figure 2-1 Équation de raisonnement face à une reprise thérapeutique

2.1.2.2 Facteurs associés à la reprise thérapeutique

Les influences de la reprise thérapeutique après déprescription ont été étudiées à l'aide de différents facteurs.

2.1.2.2.1 Facteurs liés à l'hospitalisation

Ils comprenaient la durée d'hospitalisation exprimée en jours, le service d'hospitalisation, la connaissance d'un lien entre l'arrêt du traitement et le motif d'hospitalisation, obtenue lors de la lecture du compte rendu hospitalisation (CRH), la

réalisation d'une conciliation médicamenteuse, la notification au médecin traitant des modifications thérapeutiques, ainsi que la communication durant l'hospitalisation avec ce dernier.

La lecture du CRH par les investigateurs permettait d'identifier si la ou les molécules déprescrites étaient en lien avec la pathologie responsable de l'hospitalisation (par exemple, hypoglycémie et antidiabétique, hypotension orthostatique et traitements antihypertenseurs).

2.1.2.2.2 Facteurs liés au médecin traitant

Il s'agissait de données sociodémographiques des médecins comprenant leur âge par catégorie ordonnée de cinq années, leur type d'exercice (maison de santé pluri-professionnelle (MSP), cabinet seul, cabinet de groupe), leur territoire d'exercice (urbain, rural, semi-rural), le statut de maître de stage des Universités (MSU), la présence d'une activité professionnelle au CHMS.

La connaissance des outils d'aide à la déprescription et leur utilisation en pratique courante ont été considérées comme des influences liées au médecin traitant.

La notion de primo-prescription du médicament par le médecin traitant et l'existence d'un souhait d'arrêt du traitement avant l'hospitalisation ont aussi été relevées.

2.1.2.2.3 Facteurs liés au patient et au suivi ambulatoire

Ils se composaient de l'âge et du sexe du patient, de la durée du suivi du patient (classement par catégories d'âge), la fréquence des consultations de suivi (en mois), le lieu de vie du patient (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non), la présence de troubles cognitifs (étiquetés ou non), la notion de réseaux de coordination autour du patient.

2.1.2.2.4 Facteurs liés à la déprescription

Ils comportent la classe thérapeutique via la codification anatomique thérapeutique et chimique (ATC) et le nombre de médicament à la sortie. Les médicaments comportant des critères STOPP étaient identifiés à l'aide du site STOPPSTART.free.fr (15).

Les différentes variables étudiées sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2-1 Variables pouvant influencer la déprescription

Facteurs liés à l'hospitalisation	Facteurs liés au médecin	Facteurs liés au patient et au suivi ambulatoire	Facteurs liés à la déprescription
Durée d'hospitalisation	Âge du médecin traitant	Âge du patient	Classe thérapeutique
Service d'hospitalisation	Type d'exercice	Sexe du patient	Nombre de traitement de sortie
Déprescription du médicament en lien avec le motif d'hospitalisation	Territoire d'exercice	Lieu de vie du patient	Médicaments répondants aux critères STOPP
Présence d'une conciliation médicamenteuse	Encadrement d'internes	Présence de troubles cognitifs	
Notification au médecin traitant des modifications thérapeutiques	Activité au CHMS	Patient inclus dans un réseau de coordination	
Communication avec le médecin traitant durant l'hospitalisation	Connaissance des outils de déprescriptions	Durée de suivi et fréquence du suivi du patient	
	Utilisation des outils	Transmission de l'information des modifications	
	Primo-prescripteur du traitement déprescrit	Consultation de réévaluation dédiée	
	Souhait d'arrêt du traitement avant l'hospitalisation		

2.2 Population

2.2.1 Critères d'inclusion

Tout patient ayant été hospitalisé dans un des services du CHMS participant à l'étude et ayant eu une déprescription médicamenteuse déclarée durant son séjour a été inclus. Les patients sortant en établissement de SSR ainsi qu'en hospitalisation à domicile ne sont pas inclus dans l'étude. Les changements de molécule dans une même classe thérapeutique avec le même principe actif et le même dosage (exemple : pantoprazole 20mg pour oméprazole 20mg) ne sont pas considérés comme une déprescription.

2.2.2 Critères d'exclusion

2.2.2.1 Recueil initial hospitalier

Les déprescriptions concernant des traitements homéopathiques, des compléments alimentaires, des collyres, ont été exclues.

2.2.2.2 Recueil secondaire ambulatoire

Les patients réhospitalisés avant la consultation de suivi du médecin traitant ou bien décédés avant celle-ci ont été exclus du recueil. Les patients ayant déménagé dans une autre région où ayant changé de médecin traitant à la sortie d'hospitalisation ont été exclus de l'étude. Les consultations de renouvellement réalisées par les médecins remplaçants ont aussi été exclues.

2.3 Méthode de recrutement

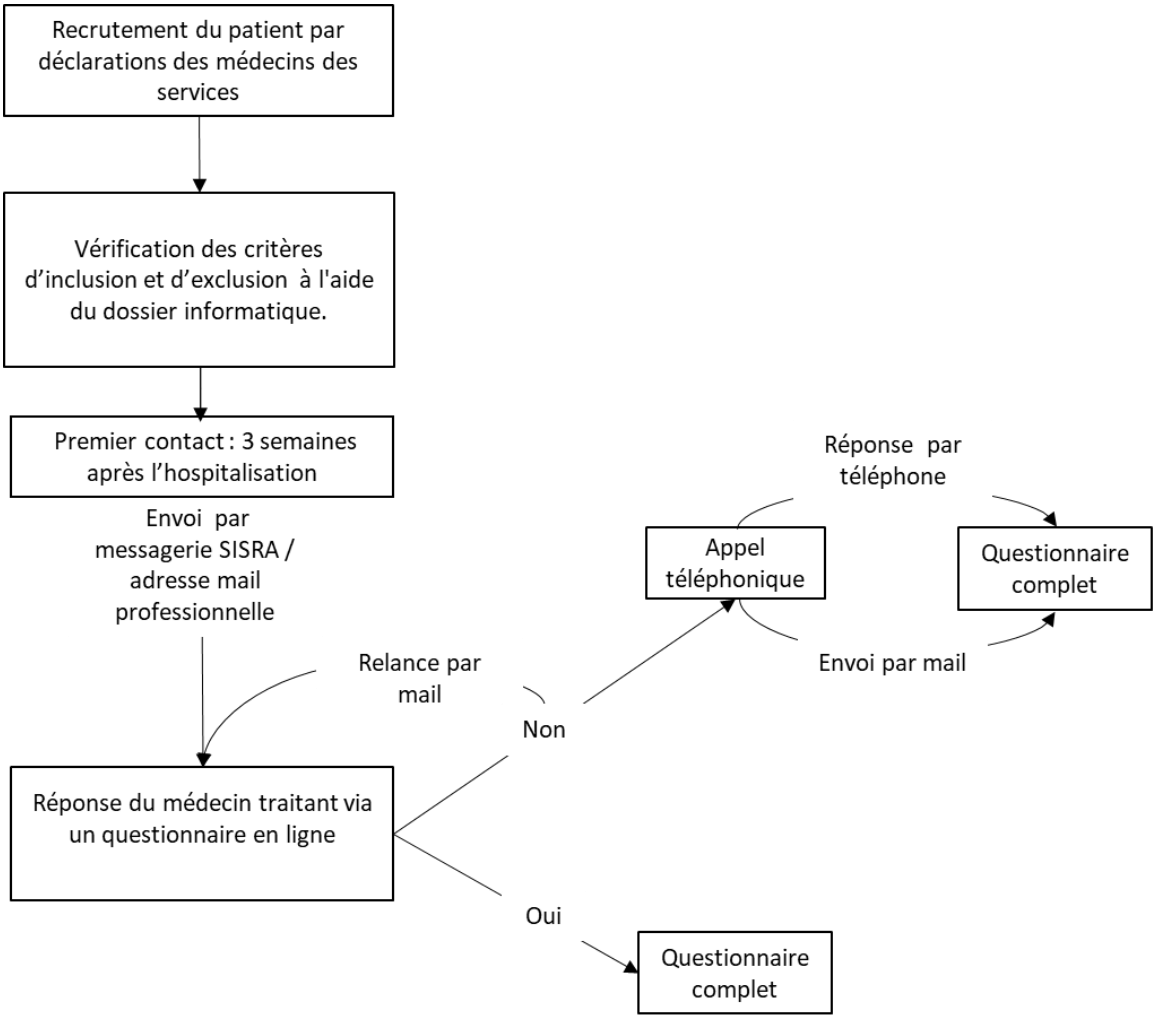


Figure 2-2 Méthode de recrutement

2.3.1 Phase hospitalière

La sélection des patients a été réalisée à l'aide des médecins des services (internes et seniors) autorisés par le délégué responsable de la protection des données au CHMS, à savoir endocrinologie, infectiologie-médecine interne, médecine polyvalente, l'unité post-urgence, pneumologie et court séjour gériatrique.

Les médecins hospitaliers identifiaient le nom, prénom et la date de naissance du patient bénéficiant d'une déprescription. La collecte des données a été réalisée une fois par semaine dans chacun des services.

Les données suivantes ont été recueillies via les dossiers médicaux informatisés : l'âge, le sexe, le nombre de traitements à la sortie, l'existence d'un lien entre le motif d'hospitalisation et l'arrêt du traitement, le(s) médicament(s) arrêté(s) ou diminué(s) avec son code ATC et sa posologie, le lieu de vie du patient, la présence ou l'absence d'une conciliation médicamenteuse, la durée d'hospitalisation, le nom du médecin traitant, la mention des justifications des déprescriptions dans le CRH.

2.3.2 Phase ambulatoire

Les données patients et médecins étaient recueillies auprès des médecins grâce à un questionnaire en ligne, réalisé sur le site de création de questionnaire LimeSurvey, ou à l'aide d'un document Word (*Annexe 2*).

La faisabilité du questionnaire a été vérifiée en effectuant un pré-test avec quatre médecins généralistes.

Les médecins traitants ont été contactés trois semaines après la sortie du patient. La messagerie sécurisée « MonSisra » du Groupement de Coopération Sanitaire Système d'information santé en Auvergne-Rhône-Alpes (SISRA), a permis de leur soumettre notre questionnaire en ligne.

Par souci d'efficacité dans la transmission du questionnaire, l'adresse mail du médecin a été aussi utilisée si elle était disponible.

En cas d'échec ou d'impossibilité, le médecin était contacté par téléphone.

Plusieurs relances par voies numérique ou téléphonique ont été réalisées en cas d'absence de réponse. Les relances ont été espacées d'au moins une semaine, dans la limite de trois relances.

2.4 Réglementation légale

L'étude a été soumise à la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mise en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004). Le délégué chargé de la protection des données du CHMS a aidé

à la réalisation de la déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les patients inclus ont reçu par voie postale une lettre d'information et de non-opposition à leur participation (*Annexe 1*). Les patients étaient exclus de l'étude dès réception par voie postale de leur opposition au recueil.

2.5 Analyses statistiques

Le logiciel Excel a été utilisé pour le recueil de données et la réalisation des figures.

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel *Statistical Analysis System* (SAS).

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ou écart type. Un test de Shapiro-Wilk est utilisé pour déterminer si ces variables suivent une loi normale.

Les données qualitatives sont données en effectifs, fréquences et pourcentages.

Pour l'analyse des facteurs influençant la reprise de la thérapeutique, l'analyse univariée a été réalisée à l'aide d'un test exact de Fisher pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives suivant une loi normale, un test exact de Fisher est utilisé. Pour les variables ne suivant pas une loi normale, un test de Wilcoxon est utilisé. Pour les analyses unies et multivariées, les variables quantitatives (âge, nombre de jours) ont été recodées en classe.

La valeur du risque alpha retenue est de 5%.

Pour l'analyse multivariée, un test de régression logistique a été réalisé, en incluant dans le modèle les variables retenues comme significatives en analyse univariée ou dont la valeur de significativité était proche du risque alpha.

3 Résultats

3.1 Constitution de la cohorte de l'étude

Sur la période du 05/08/2020 au 30/04/2021, 131 patients ont été inclus dans notre étude, soit 278 déprescriptions initialement.

Parmi ceux-ci, 17 ont été exclus dont 6 qui ont refusé de prendre part à l'étude soit 4,5% de refus.

Parmi les patients inclus initialement dans le recueil de données, 56 ont été perdus de vue soit 42.7% au cours du suivi.

La population d'analyse correspond à 121 déprescriptions.

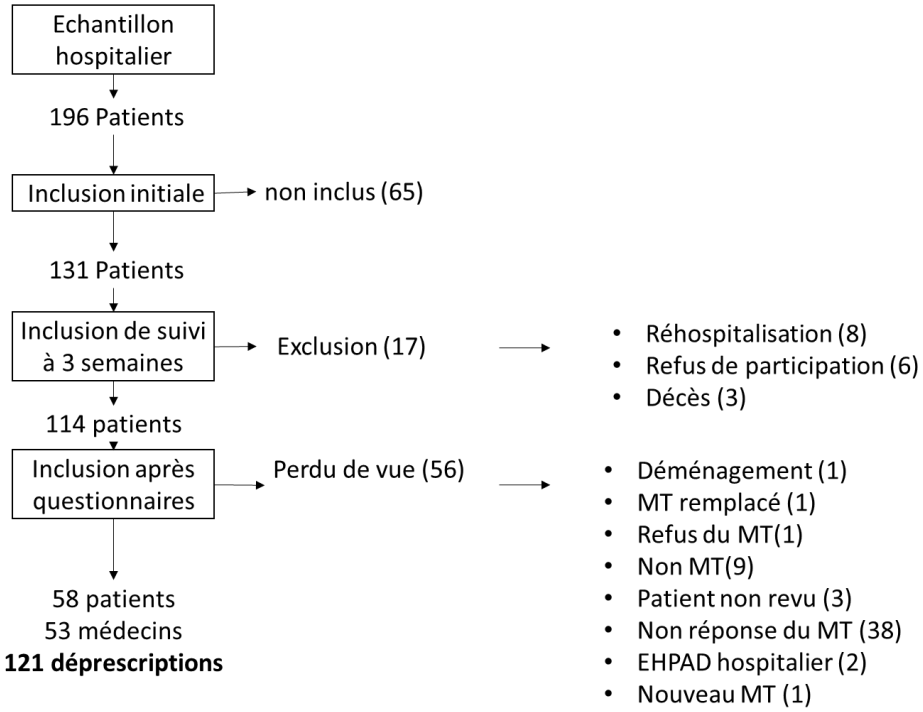


Figure 3-1 Diagramme de flux

3.2 Description des populations

3.2.1 Patients et hospitalisations

3.2.1.1 Patients

La population totale de l'étude était de 58 patients, avec 32 femmes soit 55,2%. L'âge moyen de ces patients était de 82,2 ans (+/-10,8). Leur lieu de résidence était pour 6 d'entre eux un EHPAD soit 10,3%.

Les patients avaient en moyenne 8,55 (+/-3,40) médicaments sur leur ordonnance de sortie d'hospitalisation.

3.2.1.2 Hospitalisations

La durée moyenne du séjour était de 11,6 jours (+/- 6,1) avec une médiane de 10 jours. La figure ci-jointe représente le service d'hospitalisation pour les patients.

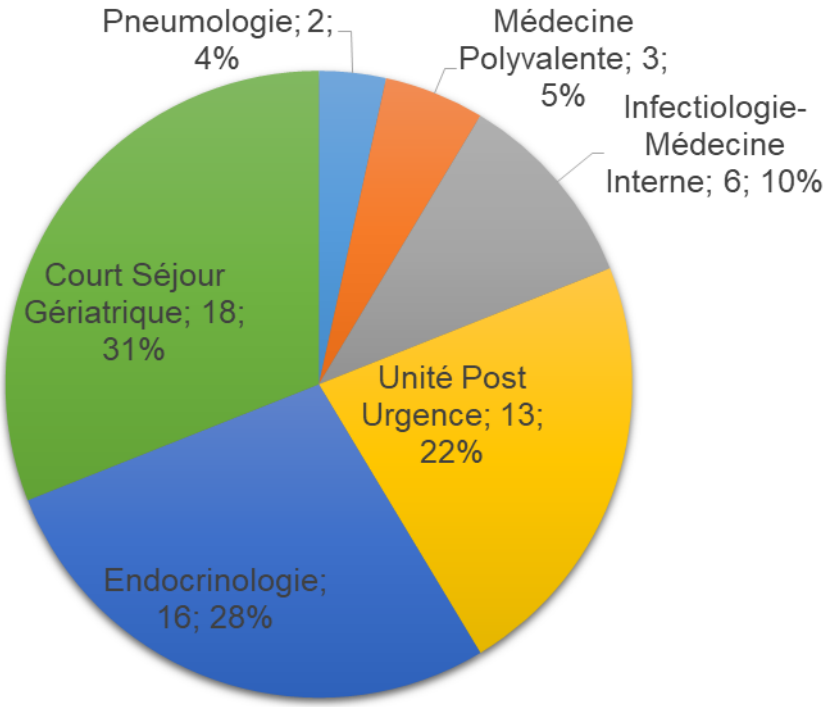


Figure 3-2 Répartition des patients par service

3.2.2 Médecins et suivi ambulatoire

3.2.2.1 Médecins

La population de médecins répondants était de 53 médecins. Un médecin a préféré répondre uniquement aux questions concernant le devenir de la déprescription.

Les médecins étaient âgés de moins de 45 ans pour 53,8% d'entre eux (28/52) et 15,3% avaient plus de 65 ans (8/52).

La figure ci-dessous représente la répartition des âges par classe des médecins généralistes.

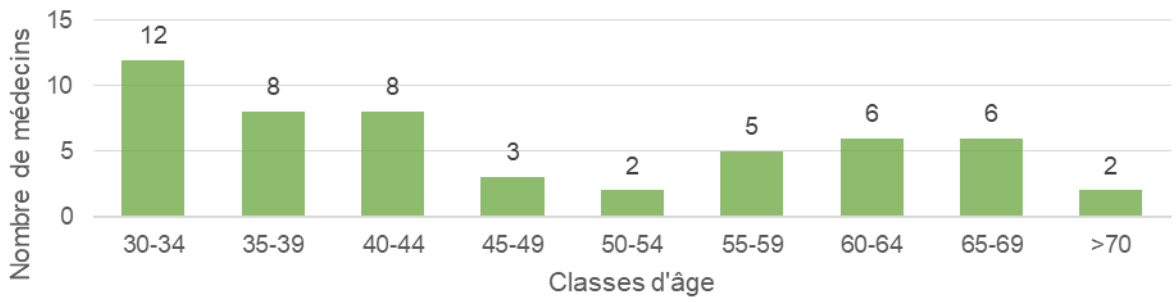


Figure 3-3 Répartition des médecins par classes d'âges

Les médecins généralistes exerçaient en ville pour 48,1% d'entre eux (25/52), avec une activité en cabinet de groupe pour 53,8% soit 28/52, sans pratique hospitalière pour 96,2% soit 50/52. Les maîtres de stage hospitalier représentent 19,2% des médecins généralistes (10/52).

Le tableau suivant reprend les caractéristiques de l'activité des médecins :

Tableau 3-1 Caractéristiques de l'activité des médecins

	Effectif n=52	Pourcentage
Territoire d'exercice		
Rural	9	17,3%
Semi-rural	18	34,6%
Urbain	25	48,1%
Type d'exercice		
Cabinet de groupe	28	53,8%
Cabinet seul	18	34,6%
MSP	6	11,56%
Activité hospitalière		
Non	50	96,2%
Oui	2	3,8%
MSU		
Non	42	80,8%
Oui	10	19,2%

3.2.2.2 Suivi ambulatoire

D'après leur médecin, 37,9 % des patients étaient atteints de troubles cognitifs diagnostiqués ou non (22/58)

Un patient seulement était inclus dans un dispositif de coordination.

L'effectif total concernant la fréquence des consultations et la durée du suivi était de 57 patients car un des médecins n'a pas répondu au questionnaire. La consultation de suivi était réalisée tous les 3 mois par 70,2% médecins (40/57).

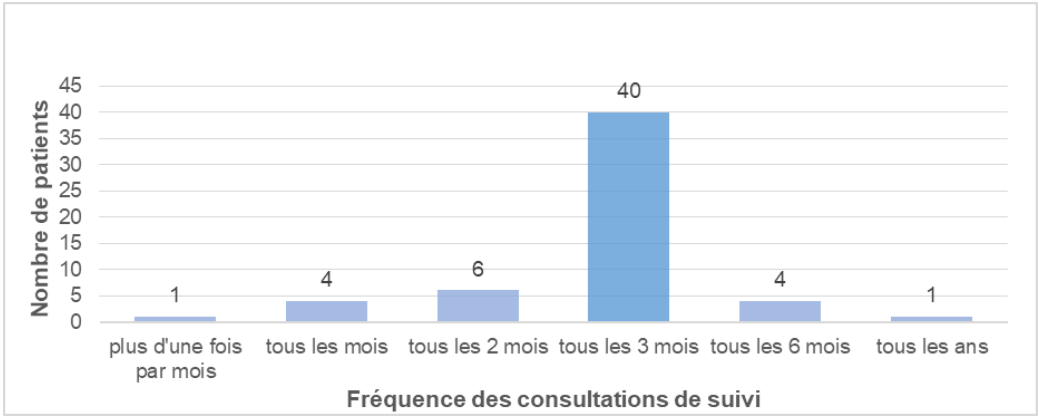


Figure 3-4 Fréquence des consultations de suivi par le médecin

Les médecins suivaient leur patient depuis plus de 5 ans pour 49,1% d'entre eux (28/57). La figure 3-5 en donne le détail.

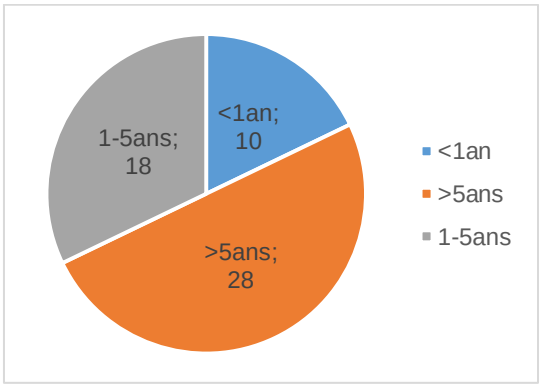


Figure 3-5 Suivi du patient par tranches d'années

Seulement 23,1% des médecins interrogés (12/52) connaissent les outils de déprescription et 5,8% les utilisent dans leur pratique clinique (3/52).

3.2.3 Déprescriptions

3.2.3.1 Caractéristiques hospitalières

Les caractéristiques suivantes ont été obtenues à l'aide du recueil hospitalier sur les 121 déprescriptions.

Tableau 3-2 Caractéristiques hospitalières

	Effectif n=121	Pourcentage
Conciliation médicamenteuse hospitalière		
Non	118	97,5%
Oui	3	2,5%
Lien avec l'hospitalisation		
Non	58	47,9%
Oui	63	52,1%
Information des justifications dans le CRH		
Non	9	7,5%
Oui	**112**	**92,5%**

Sur la totalité des déprescriptions réalisées à l'hôpital, 85,9% étaient des arrêts de molécules (104/121) tandis que 14,1% étaient des diminutions de posologie (17/121). Le nombre de déprescription par patient était de 2,1 médicaments (+/-1,2).

3.2.3.2 Caractéristiques ambulatoires et liées au suivi

Les caractéristiques suivantes ont été déterminées pour 120 déprescriptions. Les médecins traitants étaient bien informés des changements thérapeutiques lors de la consultation de réévaluation, malgré un faible taux de 15,8% de communication avec le médecin hospitalier concernant la déprescription (19/120).

Tableau 3-3 Caractéristiques ambulatoires

	Effectif n=120	Pourcentage
Contact durant l'hospitalisation		
Non	96	80%
Oui	19	15,8%
Ne sait pas	5	4,2%
Connaissance des modifications lors de la consultation de réévaluation		
Non	8	6,7%
Oui	110	91,6%
Ne sait pas	2	1,7%
Consultations de réévaluation avec plusieurs motifs		
Non	49	40,7%
Oui	66	55,0%
Ne sait pas	5	3,3%
Médecin traitant à l'initiation du traitement déprescrit		
Non	81	67,5%
Oui	35	29,2%
Ne sait pas	4	3,3%
Souhait d'arrêt du traitement avant la déprescription		
Non	99	82,5%
Oui	8	6,7%
Ne sait pas	13	10,8%

3.2.3.3 Classes thérapeutiques et médicaments potentiellement inappropriés

Les déprescriptions hospitalières comportaient pour 52,1% d'entre elles au moins un critère d'arrêt STOPP (63/121). Une thérapeutique récente n'a pu être classée.

La déprescription la plus fréquente concernait les médicaments du système cardiovasculaire selon la classification ATC, ce qui représentait 48,8% des déprescriptions (59/121), viennent ensuite les antidiabétiques en dehors des insulines

avec 14,0% des déprescriptions (17/121), puis les médicaments pour l'ulcère peptique et le reflux gastro-œsophagien avec 8,3% des déprescriptions (10/121).

Les antithrombotiques selon la classification ATC comprenaient les antiagrégants plaquettaires et les anticoagulants qui pourraient être classés dans les médicaments du système cardio-vasculaire.

Le tableau ci-dessous présente les classes de médicaments selon la classification ATC détaillée au niveau deux.

Tableau 3-4 Classification ATC des déprescriptions

Classification ATC	Effectif n=121
Divers	**1**
Médicaments de l'hyperkaliémie et de l'hyperphosphatémie	1
Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines	**2**
Corticostéroïdes (usage systémique)	1
Traitement de la thyroïde	1
Sang et organes hématopoïétiques	**7**
Antithrombotiques	6
Préparations martiales	1
Système cardio-vasculaire	**59**
Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	13
Agents réduisant les lipides sériques	9
Agents β-bloquants	3
Antihypertenseurs	1
Diurétiques	20
Inhibiteurs des canaux du calcium	7
Thérapie cardiaque	6
Système digestif et métabolisme	**35**
Compléments minéraux	4
Insulines et analogues	3
Laxatifs	1
Médicaments réduisant la glycémie, autres que les insulines	17
Médicaments pour ulcère peptique et le reflux gastro-œsophagien	10
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	**1**
Médicaments utilisés dans l'hypertrophie bénigne de la prostate	1
Système musculo-squelettique	**2**
Médicaments contre la goutte	2
Système nerveux	**8**
Antidépresseurs	3
Antipsychotiques	2
Hypnotiques et sédatifs	1
Opiacés	2
Système respiratoire	**6**
Antihistaminiques pour utilisation systémique	3

Classification ATC	Effectif n=121
Décongestionnants et autres préparations nasales pour usage topique	1
Dérivés de la phénothiazine	1
Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires	1

3.3 Devenir des déprescriptions

Le taux de maintien de la déprescription était de 79,3% soit 96/121 pour un taux de reprise thérapeutique de 20,7% soit 25/121.

3.3.1 Classes thérapeutiques

Le détail des classes thérapeutiques est présenté dans le tableau 3-5.

Le taux de maintien de la déprescription des médicaments à visée cardiovasculaire était de 74,6% soit 44/59.

Le taux de maintien de la déprescription des médicaments du système digestif était de 83,8% soit 29/35, comprenant les médicaments antidiabétiques pour lesquels on observait un taux de maintien de 85,0% soit 17/20.

Concernant les traitements du système hématopoïétique le taux de maintien de la déprescription était de 100% soit 6/6.

Concernant les déprescriptions du système nerveux et celle du système respiratoire, le taux de maintien était de 50%, respectivement 4/8 et 3/6.

Le détail par molécule est disponible en *Annexe 4*, un médicament était une bithérapie antihypertensive, considéré comme une seule déprescription.

Tableau 3-5 Évolution des déprescriptions

Classe ATC	Déprescription		
	Maintien n=96	Reprise n=25	Total n=121
Divers	**1**		**1**
Médicaments de l'hyperkaliémie et de l'hyperphosphatémie	1		1
Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines	**1**	**1**	**2**
Corticostéroïdes (usage systémique)		1	1
Traitement de la thyroïde	1		1
Sang et organes hématopoïétiques	**7**		**7**
Antithrombotiques	6		6
Préparations martiales	1		1
Système cardio-vasculaire	**49**	**10**	**59**
Agents agissant sur le système rénine angiotensine	8	5	13
Agents réduisant les lipides sériques	8	1	9
Agents β-bloquants	3		3
Antihypertenseurs	1		1
Diurétiques	17	3	20
Inhibiteurs des canaux du calcium	6	1	7
Thérapie cardiaque	6		6
Système digestif et métabolisme	**29**	**6**	**35**
Compléments minéraux	4		4
Insulines et analogues	3		3
Laxatifs	1		1
Médicament réduisant la glycémie, autres que les insulines	14	3	17
Médicaments pour l'ulcère peptique et le reflux gastro-œsophagien	7	3	10
Système génito-urinaire et hormones sexuelles		**1**	**1**
Médicaments utilisés dans l'hypertrophie bénigne de la prostate		1	1
Système musculo-squelettique	**2**		**2**
Médicaments contre la goutte	2		2
Système nerveux	**4**	**4**	**8**
Antidépresseurs	2	1	3
Antipsychotiques	1	1	2
Hypnotiques et sédatifs		1	1
Opiacés	1	1	2
Système respiratoire	**3**	**3**	**6**
Antihistaminiques pour utilisation systémique	2	1	3
Décongestionnants et autres préparations nasales pour usage topique		1	1
Dérivés de la phénothiazine	1		1

Classe ATC	Déprescription		
	Maintien n=96	Reprise n=25	Total n=121
Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires		1	1

3.3.2 Patients

3.3.2.1 Séjour hospitalier

Les caractéristiques des patients suivaient les mêmes tendances dans les deux groupes les durées de séjours étaient longue dans les deux groupes.

Tableau 3-6 Évolution des caractéristiques du séjour

	Maintien n=44	Reprise n=14
Moyenne de durée de séjour	11,18(+/-5,5)	12,9(+/-7,9)
Moyenne de médicament	8,7(+/-3,5)	8,07(+/-3,2)

3.3.2.2 Profil des patients

Ils étaient âgés de 81,9 ans (+/-10,8) dans le groupe maintien de la thérapeutique et de 83,2 ans (+/-10,9) dans le groupe reprise. Les profils des patients étaient similaires dans les deux groupes.

Tableau 3-7 Évolution du profil des patients

	Maintien n=44		Reprise n=14	
Genre				
Femme	25	56,8%	7	50%
Homme	19	43,2%	7	50%
EHPAD				
Non	39	88,6%	13	92,9%
Oui	5	11,3%	1	7,1%
Troubles cognitifs	**n=44**		**n=13**	
Non	26	59,1%	8	61,5%
Oui	17	38,6%	5	38,5%
Ne sait pas	1	2,3%		

3.3.2.3 Suivi ambulatoire

Deux médecins n'avaient pas répondu aux questions concernant les caractéristiques du suivi du patient faisant partie du groupe reprise thérapeutique. La déprescription du patient faisant partie d'un dispositif de coordination a été maintenue.

Tableau 3-8 Évolution du suivi ambulatoire du patient

	Maintien n=44		Reprise n=12	
Durée du suivi				
<1an	8	18,2%	1	8,3%
1-5ans	15	34,1%	3	25,0%
>5ans	21	47,7%	8	66,7%
Fréquence du suivi				
Plus d'une fois par mois	0		1	8,3%
Tous les mois	2	4,5%	2	16,7%
Tous les 2 mois	5	11,4%	1	8,3%
Tous les 3 mois	32	72,7%	7	58,3%
Tous les 6 mois	4	9,1%	1	8,3%
Tous les ans	1	2,3%		

3.3.3 Caractéristiques hospitalières

Le nombre de déprescription par patient dans le groupe maintien de la déprescription était en moyenne de 2,3 (+/-1,3). Ce chiffre était 1,4 (+/-0,64) dans le groupe reprise de la thérapeutique.

Les résultats suivants ont été obtenus par le recueil des données hospitalières.

Tableau 3-9 Évolution des caractéristiques hospitalières

	Maintien n= 96		Reprise n=25	
Conciliation médicamenteuse				
Non	94	97,9%	24	96,0%
Oui	2	2,1%	1	4,0%
Lien avec le motif d'hospitalisation				
Non	42	43,8%	16	64,0%
Oui	54	56,3%	9	36,0%
Mention de(s) justification(s) de déprescription(s) dans le CRH				
Non	6	5,2%	3	12,0%
Oui	90	93,8%	22	88,0%

On observe un taux de maintien des déprescriptions de 85,2% dans le service d'endocrinologie (29/34) et de 71,4% dans le service de court séjour gériatrique (25/35). Les déprescriptions du service d'endocrinologie concernent pour 47% d'entre elles un traitement du système digestif et métabolique (16/34), parmi lesquelles une seule a été reprise (le détail est disponible en *Annexe 5* et *Annexe 6*), contrairement aux autres services où les déprescriptions concernaient majoritairement les traitements du système cardiovasculaire.

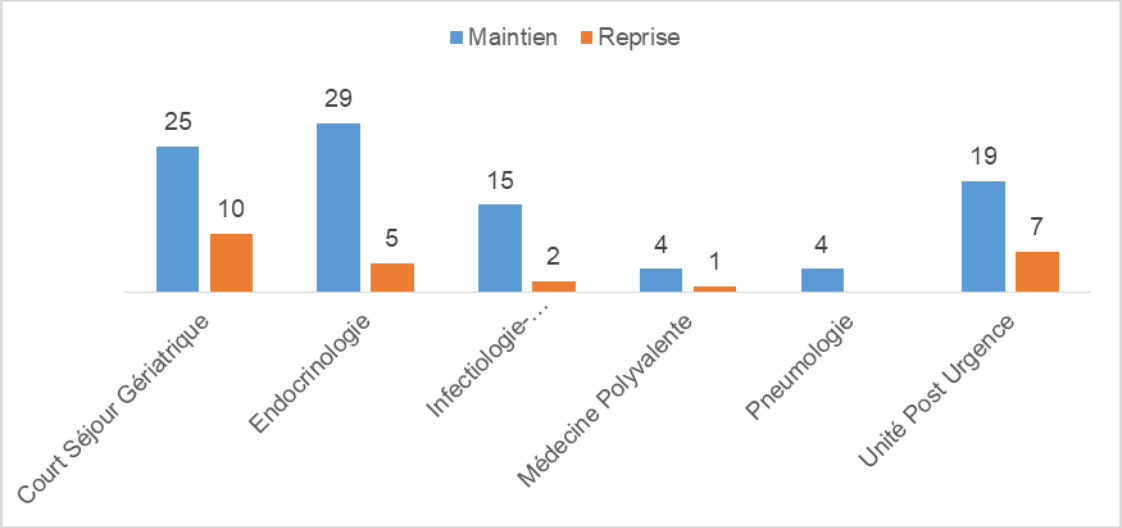


Figure 3-6 Évolution des déprescriptions en fonction des services

3.3.4 Médecins et réévaluation de la déprescription

3.3.4.1 Profil des médecins

Les 25 reprises thérapeutiques concernaient 14 médecins dont un qui a répondu uniquement à la question concernant le motif de reprise de la déprescription.

Les 96 déprescriptions maintenues concernaient 44 médecins. Parmi les 58 médecins 3 appartiennent aux 2 groupes.

Tableau 3-10 Évolution des profils des médecins

	Maintien n=44		Reprise n=13	
Age				
30-34	9	20,5%	4	30,8%
35-39	7	15,9%	2	15,4%
40-44	8	18,2%		
45-49	1	2,30%	2	15,4%
45-50	1	2,3%		
50-54	2	4,5%		
55-59	4	9,1%	1	7,7%
60-64	6	13,6%	2	15,4%
65-69	5	11,4%	1	7,7%
>70	1	2,3%	1	7,7%
Territoire d'exercice				
Rural	7	15,9%	2	15,9%
Semi-rural	16	36,4%	5	36,4%
Urbain	21	47,7%	6	47,7%
Type d'exercice				
Cabinet de groupe	23	52,3%	9	69,2%
Cabinet seul	17	38,6%	2	15,4%
MSP	4	9,1%	2	15,4%
Activité professionnelle hospitalière				
Non	41	93,2%	13	100%
Oui	3	6,8%		
Activité de MSU				
Non	36	81,8%	9	69,2%
Oui	8	18,2%	4	30,8%
Connaissance des outils d'aide à la déprescription				
Non	33	75,0%	11	84,6%
Oui	11	25,0%	2	15,4%
Utilisation des outils d'aide à la déprescription				
Non	41	93,2%	13	100,0 %
Oui	3	6,8%		

3.3.4.2 Contexte de la réévaluation

Voici les informations obtenues à l'aide du questionnaire en ambulatoire.

Tableau 3-11 Évolution des caractéristiques ambulatoires

	Maintien n=96		Reprise n=24	
Contact durant l'hospitalisation				
Non	77	80,2%	19	79,2%
Oui	15	15,6%	4	16,6%
Ne sait pas	4	4,2%	1	4,2%
Information des modifications thérapeutiques (par le CRH ou autre)				
Non	5	5,2%	3	12,5%
Oui	90	93,8%	20	83,3%
Ne sait pas	1	1,0%	1	4,2%
Plusieurs motifs de consultations lors de la réévaluation ambulatoire				
Non	39	40,6%	10	41,7%
Oui	53	55,2%	13	54,2%
Ne sait pas	4	4,2%	1	4,2%
Médecin traitant prescripteur initial du traitement				
Non	68	70,8%	13	54,2%
Oui	24	25,0%	11	45,8%
Ne sait pas	4	4,2%		
Souhait du médecin traitant d'arrêter la thérapeutique				
Non	77	80,2%	22	91,6%
Oui	12	12,5%	1	4,2%
Ne sait pas	7	7,3%	1	4,2%

3.3.4.3 Déprescriptions reprises

Concernant les 25 reprises de thérapeutique, le taux de réponse aux questions concernant le motif de reprise a été de 80% soit 20/25.

Parmi ces réponses, 10 invoquaient une reprise des symptômes, 4 une prise en charge personnalisée du patient, 2 une prise en charge selon les guides de bonne pratique, 2 à la demande expresse du patient et 2 dans l'hypothèse d'une erreur réalisée par l'hôpital. Le détail avec les classes thérapeutiques est mentionné dans le tableau 3-12.

Tableau 3-12 Motifs de reprise détail des molécules

Motifs de reprise (n=25)	Médicament déprescrit
Prise en charge personnalisée (n=4)	Candésartan Telmisartan Amlodipine Métformine
Guide de bonnes pratiques (n=2)	Ramipril Rosuvastatine
Reprise des symptômes (n=10)	Ramipril (2) Desloratadine Furosémide (3) Metformine Budésonide Pantoprazole Alfuzosine
Hypothèse d'une erreur de prescription (n=2)	Zopiclone Loxapine
Demande du patient (n=2)	Pantoprazole Tramadol
Motif non mentionné (n=5)	Miansérine Prednisolone Fluticasone Pantoprazole Metformine

3.3.5 Analyse des facteurs d'influences

Ci-dessous sont présentés les résultats des tests statistiques étudiant l'influence des facteurs sus-cités sur la reprise thérapeutique.

Les tableaux de contingence avec les effectifs des différents sous-groupes sont présentés en *Annexe 3*

3.3.5.1 Facteurs liés à l'hospitalisation

Tableau 3-13 Influences hospitalières

Variable étudiée	Résultats du test
Durée d'hospitalisation	Significatif *(p=0,04)*
Service d'hospitalisation	Non significatif *(p=0,64)*
Lien avec motif d'hospitalisation	Non significatif *(p=0,08)*
Présence d'une conciliation médicamenteuse	Non significatif *(p=0,50)*
Mention des modifications thérapeutiques	Non significatif *(p=0,42)*

On constate une relation significative entre la reprise thérapeutique et la durée d'hospitalisation. La proportion de reprise thérapeutique est plus importante dans la

classe <8 jours que dans celle de 8-15 jours, ce résultat n'est plus significatif au-delà de 15 jours.

3.3.5.2 Facteurs liés au patient au suivi ambulatoire

Les variables étudiant la relation de soin et le suivi ambulatoire ne sont pas significatives.

Tableau 3-14 Influences liées aux patients et au suivi

Variable étudiée	Résultat du test
Âge du patient	Non significatif *(p=0,59*)
Sexe du patient	Non significatif *(p=0,82)*
Lieu de vie du patient	Non significatif *(p=0,53)*
Présence de troubles cognitifs	Non significatif *(p=0,64)*
Inclusion dans un réseau de coordination	Non significatif *(p=1,00)*
Fréquence de suivi du patient	Non significatif *(p=0,46)*
Durée de suivi du patient	Non significatif *(p=0,15)*
Consultation post hospitalière dédiée à la réévaluation	Non significatif *(p=0,81*)
Information des modifications lors de la consultation ambulatoire	Non significatif *(p=0,15)*

3.3.5.3 Facteurs liés au médecin

Les variables étudiées concernant les facteurs liés au médecin ne sont pas significatives.

Tableau 3-15 Influences liées aux médecins

Variable étudiée	Résultat du test
Âge du médecin en classe	Non significatif (*p=0,54*)
Type d'exercice	Non significatif (*p=0,27*)
Territoire d'exercice	Non significatif *(p=0,55*)
Encadrement d'internes	Non significatif (*p=0,25*)
Activité au CHMS	Non significatif (*p=1,00*)
Connaissance des outils de déprescriptions	Non significatif (*p=1,00*)
Utilisation des outils	Non significatif (p=0,60)
MT prescripteur initial du traitement	Non significatif *(p=0,08)*
Souhait d'arrêt du traitement	Non significatif *(p=1,00)*

3.3.5.4 Facteurs liés à la déprescription

Le nombre de traitements à la sortie n'était pas un facteur d'influence du maintien de la déprescription significatif *(p=1).*

3.3.5.4.1 Influence des classes thérapeutiques

Initialement, la comparaison des classes thérapeutiques par la classification ATC était significative *(p=0,04)*.

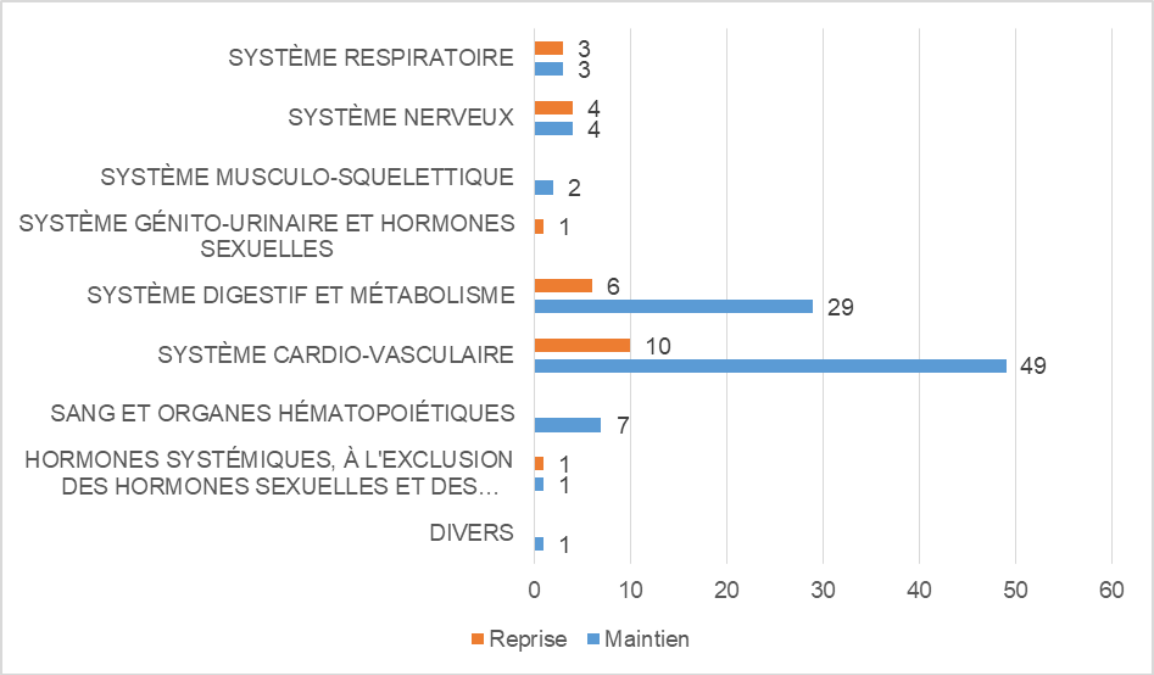


Figure 3-7 Évolution des classes ATC

Nous avons ensuite comparé chacune des grandes classes de médicaments par rapport au total des médicaments déprescrits. Les résultats n'étaient plus significatifs.

Les médicaments concernant le système nerveux se rapprochaient d'un résultat significatif, avec un échantillon réduit concernant le groupe reprise thérapeutique. Les résultats sont présentés dans le Tableau 3-16.

Tableau 3-16 Influences des classes anatomiques

	Maintien n=96		Reprise n=25		Fisher Exact
Système Cardio-Vasculaire					
Autres médicaments	47	48,9%	15	60,0%	*p = 0,37*
Médicaments du système cardio-vasculaire	49	51,1%	10	40,0%	
Système Digestif Et Métabolisme					
Autres médicaments	67	69,8%	19	76.0%	*p = 0.63*
Médicaments du système digestif et métabolisme	29	30,2%	6	24.0%	
Système Nerveux					
Autres médicaments	92	95,8%	21	84.0%	*p = 0.06*
Médicaments du système nerveux	4	4,2%	4	16.0%	
Système Respiratoire					
Autres médicaments	93	96,9%	22	88.0%	*p = 0.10*
Médicaments du système respiratoire	3	3,1%	3	12.0%	

3.3.5.4.2 Influence des médicaments potentiellement inappropriés

On observe la même proportion de déprescription avec critères STOPP dans les deux groupes. L'analyse statique par rapport aux critères STOPP des déprescriptions n'était pas significative *(p=0,84)*.

Tableau 3-17 Influence des critères STOPP

Critères STOPP	Maintien n=96		Reprise n=25		Total n=121	
Oui	49	51,0%	14	56%	63	52,1%
Non	47,	48,0%	11	44%	57	47,1%
Non pris en compte	1	1,0%				0,8%

4 Discussion

4.1 Devenir de la déprescription hospitalière

4.1.1 Taux de maintien de la déprescription hospitalière

Le but de ce travail était d'observer si les déprescriptions initiées en hospitalisation étaient poursuivies lors du retour du patient en ambulatoire, et de voir quels facteurs pouvaient influencer ce phénomène.

Le taux de maintien des déprescriptions hospitalières était de 79,3% soit 96/121 dans notre étude. Ce taux était cohérent avec l'étude de Farbos (87,2%) dans le cadre de l'optimisation thérapeutique dans un service de gériatrie(13), ainsi que celui de Coutelier (16) (77% de maintien des déprescriptions) sur le devenir des prescriptions hospitalières dans un service de médecine interne.

L'hospitalisation d'un patient semble être un lieu approprié à l'acte de déprescription puisque suivi dans la majorité des situations.

4.1.2 Motifs de reprises

Concernant les reprises thérapeutiques, dans 50% des cas soit 10/20, il s'agissait d'une reprise des symptômes. Ce résultat était lui aussi (13,14). On a constaté que dans 30% des reprises (6/20), les médecins généralistes avaient un avis qui divergeait de leurs collègues hospitaliers (prise en charge personnalisée ou selon les guides de bonnes pratiques). Ce résultat suggère qu'il existe une différence de pratique entre les médecins hospitaliers et ambulatoires, que nous détaillerons par la suite.

Dans 10% des cas soit 2/20, la reprise était liée, selon le médecin traitant, à une demande expresse du patient. L'une concernant le tramadol et la seconde l'oméprazole. Il s'agit de traitements à visée symptomatique, avec un potentiel addictif pour le tramadol, dont l'arrêt peut être réalisé de manière progressive.

L'hypothèse d'une erreur hospitalière était le motif de reprise dans 9,5% soit 2/21 dont une déprescription qui n'était pas mentionnée dans le compte rendu d'hospitalisation.

4.2 Influences de la déprescriptions

4.2.1 Classes médicamenteuses

4.2.1.1 Médicaments du système cardiovasculaire

Les déprescriptions réalisées à l'hôpital concernaient dans 48,8% des médicaments à visée cardiovasculaire (59/121), dont une grande majorité (74,6% soit 44/59) à visée antihypertensive (diurétique, bêtabloquant, agent agissant sur le système rénine-angiotensine et antihypertenseur). Leur taux de maintien a été similaire : 79,6% soit 35/44 en comparaison au taux général de maintien des déprescriptions de 79,3% soit 96/121. Les reprises ont concerné pour 90% des cas des médicaments utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle (9/10). La moitié de ces reprises thérapeutiques est réalisée face à une récidive des symptômes lors de la consultation de suivi.

Les mécanismes d'action de ces médicaments sont rapides et doivent être réévalués initialement de manière mensuelle (17). De plus, l'équilibre tensionnel peut être perturbé par des facteurs environnementaux comme une hospitalisation, une pathologie aiguë. Les guides de bonnes pratiques vont dans ce sens et recommandent l'évaluation de la tension à l'aide de l'automesure répétée à domicile.

Les antihypertenseurs font donc partie des traitements nécessitant une réévaluation constante du fait du nombre important de facteurs les influençant, ce qui explique leur représentation majoritaire dans notre étude.

On a pu observer que dans 28,8% des déprescriptions du système cardiovasculaire (17/59), le médecin généraliste était le primo-prescripteur. Parmi ces primo-prescriptions, 22,0% concernaient une thérapie à visée antihypertensive (13/59). La gestion du traitement de l'hypertension en ambulatoire est dévolue aux médecins généralistes contrairement aux autres traitements cardiovasculaires.

Nous n’avons pu observer un lien statistique entre le fait d’être primo-prescripteur et le maintien d’une déprescription. Les observations ci-dessus nous indiquent qu'il faudrait aller plus loin pour observer si le médecin généraliste se sent légitime pour évaluer des traitements spécifiques et mis en route par les médecins spécialistes.

La thèse de Nguyen (18) montre que les médecins généralistes sont demandeurs d’aide à la déprescription et qu’une action du généraliste appuyée par l’expertise du spécialiste pourrait être une voie d’amélioration, bien que sa mise en place reste compliquée.

4.2.1.2 Médicaments antidiabétiques

Ils représentaient 16,5% des traitements prescrits (20/121). Le taux de maintien était de 85,0% pour les antidiabétiques (17/20) et le taux général de maintien des déprescriptions de 79,3% soit 96/121. On constate donc un taux de maintien des déprescriptions des antidiabétiques supérieur au taux général.

La réévaluation du traitement antidiabétique étant pour les antidiabétiques oraux liés à l’hémoglobine glyquée, il était attendu d’observer un taux de maintien supérieur car la réévaluation est plus tardive.

Le service d’endocrinologie a déprescrit 55,0% soit 11/20 des déprescriptions concernant des antidiabétiques. De plus, sur les 3 reprises concernant ces molécules, une seule avait été déprescrite par ce même service. L’avis spécialisé des endocrinologues pourrait permettre un maintien durable de la déprescription.

Les molécules initiées par les médecins généralistes ont concerné uniquement des antidiabétiques oraux de première ligne (sulfamides hypoglycémiants, biguanides) à hauteur de 29.4% soit 5/17 des antidiabétiques oraux déprescrits.

Comme pour les traitements à visée cardio vasculaire, on constate que les médecins généralistes sont fréquemment primo-prescripteurs de traitements antidiabétiques de première ligne (metformine et sulfamides hypoglycémiants) et reprennent plus facilement ces médicaments. (3/4 des molécules de metformine)

4.2.1.3 Médicaments du reflux gastro-œsophagien

Les déprescriptions des médicaments du reflux gastro-œsophagien (inhibiteurs de la pompe à proton dans notre étude) représentent 8,3% de l'ensemble des déprescriptions de l'étude (10/121). Leur taux de maintien était de 70,0% soit 7/10 en comparaison avec le taux général de maintien des déprescriptions de 79,3 (96/121). Ce taux est donc inférieur au taux général.

Ces traitements étaient majoritairement symptomatiques avec un effet rapide et une réévaluation probablement pertinente à un mois. Leurs indications sur le long terme devraient être réévaluées et soumises généralement à des examens endoscopiques (19).

On observe un taux de maintien moindre dans les traitements symptomatiques d'action rapide lors de leur réévaluation à un mois.

4.2.1.4 Supplémentations vitaminiques et martiales

Les déprescriptions observées concernant les supplémentations vitaminiques et martiales représentaient 4,1% de l'ensemble des déprescriptions (5/121), et avaient un taux de maintien de 100% soit 5/5.

Ces thérapeutiques sont généralement mises en route de manière préventive ou curative du fait d'une carence. Les arrêts de ce type de molécules étaient principalement justifiés par la correction de la carence lors de l'examen biologique au décours de l'hospitalisation. Face à ce résultat, on peut supposer qu'une reprise de traitement de ce type est prématurée à 1 mois.

Nous voyons donc émerger une notion de temporalité de réévaluation en fonction de du type de traitement : symptomatique, thérapeutique ou préventif.

4.2.1.5 Médicaments du système nerveux

Contrairement à ce qui était attendu avant de réaliser l'étude, seulement 6,7% des déprescriptions (8/121) concernaient des traitements du système nerveux

(hypnotiques, anxiolytiques et antalgiques). On retrouvait 18.5% de déprescription concernant le système nerveux dans l'étude de Farbos(13).

On rejoint l'hypothèse de Cateau et Al. (20) qui avançaient que ces médicaments, bien que potentiellement inappropriés, étaient plus difficiles à déprescrire. En effet, on retrouve qu'un frein majeur à la déprescription, du point de vue des patients, est la peur d'un syndrome de sevrage à l'arrêt (21,22).

Il est aussi possible que l'arrêt de ces traitements nécessite une connaissance plus globale des patients et un suivi plus long. De ce fait, ce type de déprescription pourrait nécessiter une prise en charge personnalisée basée sur une conciliation médicamenteuse (23).

Pour les plus optimistes, ce taux faible d'hypnotiques et apparentés pourrait s'expliquer par la constatation d'une baisse progressive de la prescription de ces molécules, selon l(24). Le biais de sélection de nos patients mentionné plus haut entre également en compte dans l'explication de ce phénomène.

On observait un taux de maintien de 50,0% soit 4/8 en comparaison au taux de maintien général des déprescriptions de 79,3% soit 96/121. Nous n'avons pas observé de lien statistique significatif entre cette classe anatomique et la reprise thérapeutique, bien que le test statistique s'approche d'une valeur significative *(p=0,056).*

Il était également important de noter que pour 50,0% des reprises de ces médicaments (2/4), l'hypothèse d'une erreur de prescription justifiait la reprise par le médecin traitant, bien que les modifications thérapeutiques soient mentionnées dans le CRH. Les deux autres reprises étaient liées à une reprise des symptômes.

4.2.2 Déprescriptions et hospitalisation

4.2.2.1 Influence de la iatrogénie et des médicaments potentiellement inappropriés

La iatrogénie est un motif d'hospitalisation important, plus particulièrement dans la population âgée et polymédiquée. (2) Nous souhaitions étudier le lien entre motif d'hospitalisation et maintien de la déprescription (par exemple : antihypertenseur et

chute ; hypoglycémie et antidiabétique). Ce phénomène était observé pour 52,1% des déprescriptions (63/121).

Afin d'étudier l'influence du lien entre le motif d'hospitalisation et la déprescription sur le maintien des déprescriptions en ambulatoire, nous avons observé les proportions de maintien selon le statut en lien ou non avec l'hospitalisation. Concernant les déprescriptions maintenues, 56,3% étaient en lien avec le motif d'hospitalisation (54/96). Concernant les déprescriptions reprises, 36,0% étaient des déprescriptions en lien avec le motif d'hospitalisation (9/25).

Le taux de reprise était plus important dans le groupe sans lien avec l'hospitalisation 27,8% soit 16/58 par rapport au groupe en lien avec l'hospitalisation 14,3% soit 9/63.

Ainsi, nous avons observé une tendance à un maintien de la déprescription plus important lorsqu'il existait un lien avec le motif d'hospitalisation. Le lien statistiquement significatif entre l'arrêt d'une prescription et le motif d'hospitalisation et son maintien lors de la réévaluation n'a pas pu être démontré. Un échantillon plus important pourrait permettre de montrer cet effet.

Nous avons également souhaité étudier s'il existait une relation entre le taux de maintien des déprescriptions selon le caractère potentiellement inapproprié des molécules. Sur l'ensemble des déprescriptions réalisées, les médicaments potentiellement inappropriés (identifiés dans notre étude selon les critères STOPP (15) représentaient 52,1% des déprescriptions soit 63/121. Il n'y avait pas de lien significatif entre les déprescriptions de médicaments potentiellement inappropriés et le taux de maintien de prescription. Le potentiel inapproprié d'un médicament n'était pas à lui seul un critère déterminant dans la décision médicale thérapeutique des médecins hospitaliers et des médecins traitants.

Ce résultat nous indique que la décision médicale de l'arrêt d'un traitement est complexe. Elle ne peut pas se résumer à la prise en compte de facteurs identifiés à l'aide d'outils ou de protocoles. Ces décisions sont des décisions prudentielles en lien avec la *sagesse pratique*, terme qui désigne, selon le sociologue Champy, "le mode de pensée pour conduire des actions dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une forte incertitude et s'opposent à l'application mécanique des règles" (25).

Pour aller plus loin, il faudrait étudier la décision médicale dans le cadre d'une déprescription à l'aide d'études qualitatives dans les milieux hospitalier et ambulatoire.

4.2.2.2 Conciliation médicamenteuse

Grâce à son processus standardisé, la conciliation médicamenteuse permet de réduire les erreurs liées à la transition ville-hôpital en relevant de manière claire les médicaments pris par le patient avant l'hospitalisation (26)).

Une décision coordonnée entre plusieurs acteurs de soins est un facteur favorisant la déprescription de traitements potentiellement inappropriés. Les interventions de revue d'ordonnance lors de séjours hospitaliers sont efficaces sur la réduction du nombre de traitements prescrits et potentiellement inappropriés (27), 28). Nous l'avions donc pris en compte comme facteur d'influence de la déprescription.

Nous constatons un faible taux de conciliation médicamenteuse réalisée pour les patients inclus dans notre étude (2,4% soit 3/121). Ce résultat révèle que la conciliation n'est pas encore systématisée au CHMS, pourtant le taux de maintien des déprescriptions est élevé dans notre étude.

Ceci montre que la déprescription peut être réalisée avec succès sans nécessité d'une action du pharmacien.

4.2.2.3 Durée d'hospitalisation

Nous avons pu observer que le taux de maintien des déprescriptions était élevé lorsque celles-ci étaient réalisées en SSR 96% à 1 mois(14), c'est-à-dire avec des durées d'hospitalisation longues. Nous voulions voir si ce phénomène était également observable sur des hospitalisations de moins longue durée.

Premièrement, les patients inclus dans l'étude avaient une durée d'hospitalisation en moyenne plus longue (11,6 jours) que la durée moyenne de séjour (DMS) des services de court séjour du CHMS (8.2 jours[1]). Cela peut être dû au type de patients, âgés,

1 Endocrinologie : 6,36 ; Infectiologie - Med Interne : 10,10 ; Court Séjour Gériatrique : 13,38 ; Pneumologie : 7,47 ; Unité Post-Urgences : 5,98 ; Médecine Polyvalente : 6,18 - données 2019 exprimées en jours).

polymédiqués, qui bénéficient d'une déprescription, mais aussi au type d'hospitalisations, parfois plus complexes chez ces patients.

Deuxièmement, le taux de déprescriptions maintenues chez les patients avec une durée d'hospitalisation de 8 à 15 jours est supérieur à celui des patients avec une durée d'hospitalisation inférieure à 8 jours. Ce résultat est significatif (*p=0,04).* Il pourrait être expliqué par l'hypothèse qu'une durée d'hospitalisation plus longue permet la réévaluation de la déprescription par l'équipe hospitalière, notamment pour des médicaments dont l'efficacité est immédiate (antihypertenseurs, protecteurs gastriques,...). Dans notre étude, le lien n'est pas démontré pour des hospitalisations plus longues (supérieures à 15 jours).

4.2.3 Rôle de la transmission de l'information et de la communication

4.2.3.1 Compte-rendu d'hospitalisation : un moyen d'information

On a observé que 92,7% des prescriptions (112/121) étaient mentionnées avec leurs justifications dans le compte rendu d'hospitalisation (CRH) dans notre étude. En comparaison, le taux de justification de la déprescription dans le CRH était de 46% dans le travail de Saunier-Segyo en 2012. (29) De plus, le nombre de médecins généralistes informés des modifications au moment de la consultation de suivi était lui aussi élevé (91,7% soit 110/120).

Bien que non significative, on note une différence dans le taux de maintien des déprescriptions si la déprescription était mentionnée dans le CRH (33,9% soit 3/9 quand absente contre 19,6% soit 22/112 quand présente).

En comparaison, dans sa thèse de médecine générale effectuée en Haute-Vienne en 2017, Courtois(30) observait que 66% des médecins généralistes n'avaient pas le CRH au moment de voir le patient.

Le taux élevé de notre résultat a pu être influencé par l'évolution de la standardisation du CRH en 2014 et l'obligation de fournir une lettre de liaison de sortie depuis 2017 (31). Les justifications de modification thérapeutique doivent figurer dans ces documents.

Dans notre étude, l'inclusion des patients par les internes et médecins des services induit un biais de sélection et nuance ce résultat élevé. La revue systématique des dossiers sans sélection préalable aurait permis de limiter ce biais et mieux détecter les reprises thérapeutiques en lien avec des erreurs de transmission de l'information médicale. La personne chargée de la protection des données des patients du CHMS s'est opposée à cette méthodologie.

4.2.3.2 Communication difficile

On note que dans 80,0% des cas (96/120), il n'y a pas eu de contact (téléphonique ou autre) pendant l'hospitalisation. Le travail d'Enzinger à Grenoble (32) sur les appels téléphoniques systématiques aux médecins traitants au décours d'une hospitalisation avait montré que cette intervention était faisable et pouvait induire une modification thérapeutique dans 13% des cas. Nous n'avons pas pu montrer de lien statistique entre les appels et le taux de maintien de déprescription. Les modifications thérapeutiques pourraient être différentes si ces appels étaient davantage réalisés.

Le lien ville-hôpital est donc performant si l'on considère la transmission de l'information des actions réalisées à l'hôpital via le CRH. Cependant, la prise en compte durant l'évaluation hospitalière de l'avis du médecin traitant est assez limitée (peu de contact durant l'hospitalisation). Dans l'étude de Pernossi (33), les médecins généralistes étaient critiques quant à la planification de sortie et la participation au projet thérapeutique durant l'hospitalisation de leurs patients. Cette étude a intérêt particulier par rapport à la nôtre, puisque son terrain de recherche était le bassin chambérien et le bassin aixois.

Bien que l'hospitalisation puisse être un temps privilégié pour la réalisation de la déprescription, le médecin traitant n'est que peu consulté.

4.2.4 Déprescriptions et influences ambulatoires

4.2.4.1 Type de patient

Nous n'avons pas identifié de variables reliées aux profils des patients (âge, nombre de traitements, troubles cognitifs, lieu de vie) qui influençaient le maintien des

déprescriptions. Cependant, leur âge moyen (82,2) et le nombre moyen de prise médicamenteuse par patient (8,55) confirment que les déprescriptions sont réalisées chez les patients âgés et polymédiqués. Selon Rieckert et Al (34), la polymédication est réalisée le plus souvent chez les plus de 75 ans, avec une moyenne de médicaments de 10,5 +/- 2,5, ce qui est cohérent avec les chiffres de notre étude.

La méthodologie de notre étude ne permettait d'étudier davantage les freins de la déprescriptions liées aux patients et leur implication dans la déprescription.

4.2.4.2 Suivi ambulatoire

4.2.4.2.1 Durée du suivi

La durée de suivi des patients joue un rôle dans le maintien des déprescriptions, bien que la différence ne soit pas significative (*p=0,15*). En effet, 12,0% des déprescriptions reprises (3/25) étaient de patients suivis depuis moins d'un an par leur médecin traitant et 60,0% avait lieu chez des patients suivis depuis plus de 5 ans (15/25). Il semblerait que le lien entre le médecin généraliste et son patient, construit au fil des ans, renforce l'importance du médecin traitant dans la prise en charge de son patient.

4.2.4.2.2 Médecin primo-prescripteur

Les molécules déprescrites semblaient être plus reprises quand le renouvellement était réalisé par le primo-prescripteur (46,0% soit 11/25), par rapport au groupe maintien (25,0% soit 4/96), bien que cette différence ne soit pas significative (*p=0,08*). Le médecin généraliste primo-prescripteur évoque dans 50,0% des cas une prise en charge personnalisée du patient (4/8), soit une proportion plus élevée que dans l'ensemble des reprises thérapeutiques (20% soit 4/20). Comme vu précédemment, le lien médecin-patient construit au fil des années est un des points forts de la médecine générale, permettant de personnaliser la prise en charge du patient.

Nos résultats vont dans ce sens en retrouvant des médecins généralistes plus engagés dans de la prise en charge thérapeutique de leur patient, n'hésitant pas à modifier la thérapeutique proposée par l'hôpital.

4.2.4.2.3 Temps de la consultation

Par ailleurs, la déprescription est un acte chronophage (28,29). Il existe une cotation spécifique de consultation post-hospitalisation pour valoriser cette démarche. Nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes pratiquaient des consultations dédiées à la réévaluation de la prise en charge d'hospitalisation, c'est le cas pour 40,5% des déprescriptions (49/121). Nous avions émis l'hypothèse qu'une consultation avec plusieurs motifs pourrait influer sur la qualité de la réévaluation thérapeutique en sortie d'hospitalisation. Nous n'avons pas démontré de lien significatif.

4.2.4.3 Outils de la déprescriptions

Pour étudier les autres facteurs liés au médecin généraliste influençant le maintien de la déprescription en ambulatoire, il semblait important d'évaluer la connaissance et l'usage des outils de déprescription. Ainsi, 23,1% des médecins généralistes interrogés (12/52) déclarent connaître les outils de déprescriptions et 25,0% d'entre eux (3/12) les utilisent dans leur pratique quotidienne. Dans ce contexte de méconnaissance des outils de déprescriptions, seulement 18,2% des déprescriptions (22/121) avaient été envisagées par le médecin traitant avant l'hospitalisation du patient.

La notion d'habileté à la déprescription, définie par la connaissance du processus, des outils, de leur mise en place et de leur utilisation, est un élément identifié facilitant la déprescription (11). Ces outils (8,9) semblent être difficiles d'utilisation en médecine générale de ville et la formation semble peu efficace (35,36). Ainsi, de nouveaux processus de déprescription émergent en fonction du type de molécule ou du moment de la déprescription (37–39).

4.2.4.4 Médecins généralistes et déprescriptions

4.2.4.4.1 Âge des médecins

La déprescription étant une notion relativement nouvelle (4), nous avions émis l'hypothèse selon laquelle les jeunes médecins y sont plus sensibilisés. Les résultats entre l'âge des médecins traitants et le taux de déprescriptions ne sont pas significatifs. Cependant, 53,2% des médecins savoyards répondants sont âgés de moins de 45 ans. Selon les données de 2019 de l'URPS (40), les médecins généralistes savoyards de moins de 45 ans représentent 31,6% des médecins généralistes savoyards. Ainsi, les médecins qui ont répondu à l'étude sont en majorité des jeunes médecins, et ils sont plus représentés qu'en population générale. Le lien d'influence entre l'âge du médecin traitant et le maintien de la déprescription hospitalière n'était pas significatif.

4.2.4.4.2 Type d'exercice

La répartition du type d'exercice était dans les mêmes tendances que les données démographiques des médecins savoyards, avec une proportion plus forte de médecins en cabinet de groupe : 53,8% dans notre étude, contre 38% dans la population de médecin savoyard ; 34,6% en cabinet seul dans notre étude, contre 32,60% ; 11,5% en MSP dans notre étude, contre 14,4% dans la population de médecins généralistes savoyards(40).

4.2.4.4.3 Maître de stage universitaire

Les MSU représentaient 19,5% des médecins répondants. Ils étaient plus nombreux dans notre étude que par rapport au nombre de MSU en France en 2019, qui s'élevait à 10736, soit 10,5% (41). Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes MSU sont plus sensibilisés pour répondre aux questionnaires de thèse de par leur engagement universitaire et leurs liens avec les internes.

Nous avions émis l'hypothèse, comme pour les caractéristiques ci-dessus, qu'un médecin engagé dans la formation pourrait être plus sensibilisé dans les travaux de recherche récents et donc plus sensibilisé à la déprescription. Cependant il n'y a pas de différence significative de ce statut sur le taux de maintien de déprescription.

4.3 Limites et points forts de l'étude

4.3.1 Limites de l'étude

4.3.1.1 Taille de l'échantillon et biais de sélection

La proportion de perdus de vue importante dans l'étude a réduit de manière significative la taille de l'échantillon et l'extrapolabilité des résultats. Elle s'explique en partie par le manque de disponibilité des médecins généralistes pour ce genre de travaux pour lesquels les sollicitations sont nombreuses ainsi que le contexte sanitaire durant la période de recueil des données. Le recueil a été réalisé afin de maximiser le taux de réponse en proposant plusieurs moyens de réponse (téléphonique/mail).

4.3.1.2 Biais de mémorisation

Il existait cependant un biais de mémoire des médecins interrogés car les données étaient déclaratives (remplissage d'un questionnaire).

4.3.1.3 Limite de la méthodologie de l'étude

L'étude étant réalisée avec des patients du CHMS, la généralisation des résultats n'est pas possible. Bien qu'elle apporte des informations sur le fonctionnement du CHMS et du lien ville hôpital dans notre territoire.

La déprescription est un processus qui prend sa place dans le temps, l'observation de sa réévaluation s'est limitée dans notre étude à la consultation ambulatoire de sortie d'hospitalisation.

Nous avions choisi d'utiliser les déprescriptions plutôt que les patients comme individu statistique car cela permettait d'analyser plus précisément chaque déprescription comme un acte indépendant. Cela induit un effet patient dans notre analyse statistique et un biais de confusion. Nous avons choisi de ne pas exposer les résultats des tests de régression réalisés car hétérogènes du fait du faible échantillon de déprescriptions.

4.3.2 Points forts

4.3.2.1 Validité externe du résultat principal

Malgré le petit échantillon de notre étude, on retrouve un taux de maintien de déprescription cohérent avec la littérature (13,16)

4.3.2.2 Une vision proche de la pratique de la déprescription

La déprescription est pratiquée par les équipes médicales du CHMS et poursuivie majoritairement par les médecins généralistes. Cette pratique de la déprescription semble donc acquise par les différents partenaires en dehors de formations spécifiques.

En étudiant des facteurs liés à l'hospitalisation, à la transition ville-hôpital et à des facteurs liés à la prise en charge ambulatoire, le design de l'étude nous permet d'aborder la question de la déprescription dans sa globalité et d'avoir un reflet plus pertinent des conditions de déprescriptions et de leur devenir.

4.3.2.3 Des facteurs d'influence à confirmer

L'influence de la durée d'hospitalisation sur le maintien de la déprescription est une variable secondaire statistiquement significative, bien que sa portée clinique reste limitée du fait de facteurs de confusion et du faible échantillon.

La primo-prescription du traitement par le médecin généraliste et la relation de soin semblent jouer un rôle important dans la réévaluation de la déprescription.

Nous n'avons pas identifié de profil de médecins généralistes plus enclin à la reprise des thérapeutiques déprescrites en milieu hospitalier.

La continuité des soins passe par le compte rendu d'hospitalisation. Le rôle de coordinateur des soins du médecin généraliste semble encore peu pris en compte dans la prise en charge hospitalière.

4.4 Perspectives pour des voies d'améliorations

4.4.1 Sensibilisation à l'importance de la déprescription

La communication des résultats de l'étude aux médecins généralistes participants permettra de les sensibiliser à la déprescription, en particulier à la faisabilité lors d'une hospitalisation et sa réévaluation lors du suivi ambulatoire.

4.4.2 Amélioration de la communication

Le CRH est un moyen d'information unilatéral a posteriori des événements. On a pu voir la difficulté de communication par téléphone avec les médecins traitants lors du recueil de données et au travers du faible taux de communication durant l'hospitalisation entre ces deux partenaires. L'expertise du médecin généraliste concernant le patient et son approche globale ne sont que rarement prises en compte en milieu hospitalier.

La généralisation du système de messagerie SISRA au sein du CHMS et en médecine ambulatoire pourrait être une voie d'amélioration pour la prise en charge des patients âgés polymédiqués. C'est un moyen qui permettrait une communication rapide et adaptable en fonction des disponibilités de chacun des praticiens, dans un espace virtuel sécurisé via une messagerie instantanée, contrairement à la communication téléphonique parfois difficile à obtenir.

4.4.3 Une nouvelle approche de la déprescription

Les difficultés pour observer le processus de déprescription hospitalière et sa pertinence sont multiples.

La réévaluation des traitements doit s'organiser dans la durée sans être réduite à une consultation de réévaluation post hospitalière. La prise en compte des classes thérapeutiques et de la cinétique d'action de celles-ci semble importante.

La coordination des soins pourrait être améliorée par l'identification des déprescriptions à risque d’échec dans le suivi du patient.

5 Conclusion

Notre travail a permis de constater que la déprescription réalisée lors du séjour hospitalier d'un patient est dans la majorité des cas cohérente avec la prise en charge ambulatoire du médecin généraliste en sortie d'hospitalisation. Même si le médecin généraliste n'était que peu consulté par ses confrères hospitaliers pour la prise en charge, la transmission des informations à l'interface ville-hôpital était bonne, générant peu de discordance entre les deux prises en charge.

La déprescription hospitalière était fonctionnelle en pratique clinique dans des services d'hospitalisation de courte durée, sans intervention pharmaceutique. Malgré l'absence de preuves statistiques, certains facteurs semblent influer sur le maintien de la déprescription (durée d'hospitalisation, type de traitement). Notre étude interpelle sur les liens complexes entre la relation de soin et la décision médicale au travers de la durée de suivi et du rôle de primo-prescripteur, ainsi ces liens restent à confirmer.

Du point de vue du médecin généraliste, la réévaluation des déprescriptions hospitalières s'inscrit sur un temps plus long que la consultation post-hospitalière.

Pour mieux appréhender ces facteurs pouvant entraver la déprescription lors de la transition ville-hôpital, il serait intéressant d'étudier l'apport d'une communication (appel ou messagerie sécurisé) systématique du médecin traitant pour certaines molécules identifiées comme problématiques ou dans certaines situations identifiées comme à risque pour améliorer le parcours de soin du patient.

THÈSE SOUTENUE PAR Laura CARLOT et Guillaume CHONÉ

TITRE : ÉVALUATION DU MAINTIEN DE LA DÉPRESCRIPTION INITIÉE EN HOSPITALISATION LORS DE LA PREMIÈRE RÉÉVALUTION AMBULATOIRE

CONCLUSION

L'augmentation de la consommation de médicaments est responsable d'hospitalisations évitables, de surcoûts de santé. Pour répondre à cette problématique, les médecins prescripteurs sont invités à réévaluer l'indication et la balance bénéfice risque des traitements pris au long cours et donc déprescrire quand cela est indiqué. Le médecin généraliste, référent de son patient, semble être la personne la plus à même de s'en occuper. Cependant plusieurs freins identifiés limitent sa réalisation en ambulatoire. L'hospitalisation est une période particulière dans le parcours de soin d'un patient, qui peut être un moment privilégié permettant la réévaluation des thérapeutiques. Ce travail permet d'établir si la déprescription initiée en hospitalier est suivie au premier renouvellement par le médecin traitant ainsi que d'identifier les facteurs pouvant influencer le maintien de cette déprescription.

Une étude observationnelle épidémiologique descriptive et analytique prospective mono-centrique a été menée au Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry, dans sept services de médecine aiguë. L'étude s'est déroulée sur six mois. Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers informatisés des patients et d'un questionnaire fermé remis au médecin traitant par voie électronique ou téléphonique.

Le taux de maintien des déprescriptions hospitalières était de 79 % (96/121) lors de de la consultation de suivi par le médecin traitant. Les reprises thérapeutiques étaient justifiées à 52 % (11/21) par la reprise des symptômes à 1 mois. Les résultats concernant les facteurs du maintien de la déprescription (liés au médecin, à l'hospitalisation, à la relation de soin et au suivi) n'étaient pas significatifs. Certaines variables semblent influer sur ce taux de maintien sans que la différence soit significative (durée d'hospitalisation, type de médicament, primo prescripteur).

Notre étude a permis de constater que la déprescription initiée en hospitalisation était fonctionnelle, sans intervention spécifique. Les taux de maintien retrouvés étaient cohérents avec ceux de la littérature, malgré un faible échantillon. Certains facteurs sus cités semblent influencer la poursuite de la déprescription. Une confirmation de

ces résultats est à établir pour sensibiliser les prescripteurs et améliorer la qualité de la déprescription identifiée comme “à risque”.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN

Le Doyen de l'UFR de Médecine

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick IMBERT

Résumé

ÉVALUATION DU MAINTIEN DE LA DÉPRESCRIPTION INITIÉE EN HOSPITALISATION LORS DE LA PREMIÈRE RÉÉVALUATION AMBULATOIRE

Introduction : L'hospitalisation peut être propice à la réalisation de la déprescription médicamenteuse. Pour améliorer la qualité du parcours de soin du patient, il est essentiel que cette déprescription soit poursuivie au retour du patient en ambulatoire. Le but de cette étude était d'observer le devenir des déprescriptions hospitalières lors de la consultation de suivi par le médecin généraliste et les facteurs pouvant influencer leur efficacité.

Matériel et Méthode : C'était une étude observationnelle épidémiologique descriptive et analytique prospective mono-centrique sur le Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry, dans sept services de médecine aiguë. L'étude s'est déroulée sur six mois. Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers informatisés des patients et d'un questionnaire fermé remis au médecin traitant par voie électronique ou téléphonique.

Résultats : Le taux de maintien des déprescriptions hospitalières était de 79% (96/121) lors de de la consultation de suivi par le médecin traitant. Les reprises thérapeutiques étaient justifiées à 52% (11/21) par la reprise des symptômes à 1 mois. Les résultats concernant les facteurs d'influences du maintien de la déprescription (liés au médecin, à l'hospitalisation, à la relation de soin et au suivi) n'étaient pas significatifs. Certaines variables montraient un intérêt particulier (durée d'hospitalisation, type de médicament, primo-prescripteur).

Conclusion : La déprescription hospitalière était fonctionnelle sans intervention pharmaceutique et dans différents services hospitaliers. Les résultats étaient concordants avec la littérature malgré la petite taille de l'échantillon. Encadrer les déprescriptions hospitalières à risque d'échec en échangeant avec les médecins traitants est une piste d'amélioration. *Mots clés : déprescriptions hospitalière, polymédication, continuité des soins, réévaluation thérapeutique ambulatoire*

Abstract

EVALUATION OF THE MAINTENANCE OF THE DEPRESCRIPTION INITIATED IN HOSPITAL DURING THE FIRST RE-EVALUATION IN AMBULATORY CARE

Introduction: Hospitalisation can be a good time to deprescribe drugs. In order to improve the quality of the patient's care, it is essential that this deprescription is continued when the patient returns to the outpatient setting. The aim of this study was to observe the becoming of hospital deprescriptions during the follow-up consultation by the general practitioner and the factors that may influence their effectiveness.

Material and methods: It was a mono-centric prospective descriptive and analytical epidemiological observational study on the Métropole Savoie Hospital, Chambéry site, in seven acute medicine departments. The study lasted six months. The data were collected using computerised patient records and a closed questionnaire given to the attending physician by phone or email.

Results: The rate of maintenance of hospital deprescriptions was 79% (96/121) at the time of the follow-up consultation by the treating physician. The results concerning the factors influencing the maintenance of deprescription (related to the doctor, the hospitalisation, the care relationship and the follow-up) were not significant. Some variables were of particular interest (length of hospitalisation, type of drug, first-time prescriber).

Conclusion: Hospital deprescribing was functional without specific intervention and in different hospital departments. The results were consistent with the literature despite the small sample size. Supervision of hospital deprescribing at risk of failure through discussion with the treating physicians is an area for improvement.

Key words: Hospital Deprescribing, polymedication, ambulatory care, follow up care, Clinical reassessment,

6 Références bibliographiques

1. CPAM des Pays-de-la-Loire : iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-03-01-dp-lutte-iatrogenie-medicamenteuse-personnes-agee

2. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 1 juill 2004;329(7456):15-9.

3. Haute Autorité de Santé HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant

4. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice.: The emerging definition of 'deprescribing'. Br J Clin Pharmacol. déc 2015;80(6):1254-68.

5. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. sept 2016;82(3):583-623.

6. Reich O, Rosemann T, Rapold R, Blozik E, Senn O. Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. PLOS ONE. 19 août 2014;9(8):e105425.

7. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. JAMA Intern Med. 1 mai 2015;175(5):827.

8. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019;67(4):674-94.

9. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. [Potentially inappropriate medications in the elderly: a list adapted to French medical practice]. Rev Med Interne. juill 2009;30(7):592-601.

10. Parney A, Girier P. La déprescription: des obstacles aux voies d'amélioration. Lyon, France; 2017.

11. 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. 1 déc 2014;4(12):e006544.

12. Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM. Assessment of Attitudes Toward Deprescribing in Older Medicare Beneficiaries in the United States. JAMA Intern Med. 1 déc 2018;178(12):1673-80.

13. Farbos F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique: suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01107392

14. Pic A. L'optimisation thérapeutique chez le sujet âgé en SSR: mise en œuvre et suivi en ville [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2017 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01593809

15. STOPP/START version 2 informatisée [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: http://stoppstart.free.fr/

16. Coutellier M, Mouly S, Delcey V, Lopes A, Lloret-Linares C, Bergmann J-F. Que deviennent les modifications thérapeutiques décidées au cours d'une hospitalisation en médecine interne ? Étude prospective française monocentrique sur 2 mois. Rev Médecine Interne. 1 août 2014;35(8):498-502.

17. Denolle T, Asmar R, Bobrie G, Boivin J-M, Girerd X, Antakly-Hanon Y, et al. MESURE DE LA PRESSION ARTERIELLE. 2018;4.

18. Nguyen L. La déprescription médicamenteuse. Analyse de la mise en place et du fonctionnement d'un réseau ville-hôpital d'aide à la déprescription : réseau R.A.D.I.O. [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 28 juill 2021]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2075/

19. Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits

20. Cateau D, Bugnon O, Niquille A. Evolution of potentially inappropriate medication use in nursing homes: Retrospective analysis of drug consumption data. Res Soc Adm Pharm. 1 avr 2021;17(4):701-6.

21. Crest MG. La déprescription: les patients sont-ils prêts? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. :147.

22. Zechmann S, Trueb C, Valeri F, Streit S, Senn O, Neuner-Jehle S. Barriers and enablers for deprescribing among older, multimorbid patients with polypharmacy: an explorative study from Switzerland. BMC Fam Pract. déc 2019;20(1):64.

23. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. Can Fam Physician. mai 2018;64(5):e209-24.

24. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: http://dev4-afssaps-marche2017.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information

25. Champy F. Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique ? [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015 [cité 26 juill 2021]. Disponible sur: http://www.cairn.info/soigner-l-humain--9782810903962-page-165.htm

26. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

27. McKean M, Pillans P, Scott IA. A medication review and deprescribing method for hospitalised older patients receiving multiple medications: Deprescribing in older patients. Intern Med J. janv 2016;46(1):35-42.

28. Edey R, Edwards N, Von Sychowski J, Bains A, Spence J, Martinusen D. Impact of deprescribing rounds on discharge prescriptions: an interventional trial. Int J Clin Pharm. févr 2019;41(1):159-66.

29. Saunier-Segyo A. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes. [Thèse d'exercice] [France] Université de Rouen. Faculté de médecine et de Pharmacie, 10 oct 2012;69.

30. Courtois M. Etude observationnelle de la polymédication chez le patient de 50 à 74 ans en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.

31. Article R1112-1-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924484

32. Enzinger L. Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925265/document

33. Pernossi V. Lien ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixois [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01762208/document

34. Rieckert A, Trampisch US, Klaaßen-Mielke R, Drewelow E, Esmail A, Johansson T, et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. BMC Fam Pract. 18 juill 2018;19(1):113.

35. Chouquet L. Impact d'une formation des médecins traitants à la déprescription médicamenteuse sur le nombre de prescriptions potentiellement inappropriées chez les résidents en EHPAD dans le Nord Aveyron [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020 [cité 26 juin 2021]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/3001/

36. Chevin A. Prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée en médecine de ville: évolution des pratiques de prescriptions des médecins généralistes de l'Albanais en Haute-Savoie après une formation à l'outil de prescription STOPP/START (screening tool of older people prescription / screening tool to allert doctors to right treatement) [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02313041/document

37. Outils existants [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/optimisation-ou-reevaluation-des-therapeutiques-medicamenteuses/outils-existants,3696,4531.html

38. Ibrahim K, Cox NJ, Stevenson JM, Lim S, Fraser SDS, Roberts HC. A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty. BMC Geriatr [Internet]. 17 avr 2021 [cité 21 mai 2021];21. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8052791/

39. Deprescribing.org - Optimizing Medication Use [Internet]. Deprescribing.org. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: https://deprescribing.org/

40. 20191029_ARS_ARA_Zonage_Med_Gen.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-01/20191029_ARS_ARA_Zonage_Med_Gen.pdf

41. CP CNGE - L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale - Avril 2019 [Internet]. [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettr/

Serment d'Hippocrate



Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

« **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes

Annexes

Annexe 1 Formulaire d'information et de non opposition 72
Annexe 2 Questionnaire à l'intention des médecins généralistes 74
Annexe 3 Tableau détaillé pour analyses statistiques uni et multivariés 77
Annexe 4 Évolution des déprescription par molécule 80
Annexe 5 Évolution des déprescriptions en Endocrinologie 82
Annexe 6 Évolution des déprescriptions au court séjour gériatrique 83

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION.

Étude sur les dé-prescriptions médicamenteuses instaurées au CH Métropole Savoie et leur persistance au renouvellement du médecin traitant.

Responsable de la mise en œuvre :

Laura Carlot – Guillaume Choné, internes/remplaçant·es en médecine générale

et Dr Maxime Moulin

Centre Hospitalier Métropole Savoie

Service d'endocrinologie

Place Lucien Biset

BP 31125

73011 CHAMBERY CEDEX

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Métropole Savoie. Dans le cadre de notre formation en médecine générale, nous réalisons notre travail de fin d'étude sur l'évaluation de la dé-prescription médicamenteuse hospitalière. La dé-prescription est définie comme l'arrêt ou la diminution d'un médicament. Des études montrent un effet bénéfique sur la santé, de la réévaluation des traitements et leur arrêt ou diminution ci ceux si ne sont plus recommandés.

Nous voulons ainsi étudier le nombre de médicaments arrêtés ou diminués (donc déprescrits) durant une hospitalisation à l'hôpital de Chambéry, et le devenir de cette dé-prescription lors de la consultation avec le médecin traitant à 1 mois après la sortie de l'hôpital.

Notre recherche nous permettra d'évaluer si cette dé-prescription perdure dans le temps et les raisons de son échec ou de sa réussite. C'est pourquoi, nous souhaitons collecter des données concernant votre séjour :

Votre nom et prénom, votre âge et sexe, la durée d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation, le service d'hospitalisation, les médicaments ayant été diminués ou arrêtés durant l'hospitalisation, le nombre de traitements sur l'ordonnance de sortie de l'hôpital.

Nous avons également besoin de savoir si vous vivez à domicile ou bien dans une institution (EHPAD, résidence seniors), le nom de votre médecin traitant, que nous contacterons à un mois de votre sortie pour connaître le devenir du traitement et nous lui soumetterons un questionnaire pour évaluer les influences de cette déprescription. Votre participation est entièrement volontaire.

Comment va se dérouler cette recherche ?

Nous allons recueillir des données dans votre dossier médical. Il s'agit des données enregistrées lors de votre hospitalisation et au cours de votre suivi, et sont de nature strictement médicales.

Que vous demandera-t-on ?

Votre participation à cette étude ne nécessitera aucune intervention de votre part et ne modifiera en rien votre prise en charge médicale.

Quels sont vos droits ?

Vous pouvez vous opposer au recueil de vos données, à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif. Votre opposition n'influencera pas la qualité de vos soins.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de ces données va être mis en œuvre. Le responsable du traitement des données est le CH Métropole Savoie- Place Lucien Biset- 73011 Chambéry Cedex. Vos données seront traitées à des fins de recherche scientifique, elles seront conservées pendant 15 ans.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (Loi Informatique et Liberté 2018-493 du 20 juin 2018)). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Lorsque cette recherche sera terminée, vous pourrez être tenus informés personnellement des résultats globaux en contactant le Dr Moulin Maxime au 04.79.96.56.65/ ou mail theseendoc@gmail.com.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), entré en application dans l'Union Européenne le 25 mai 2018, vous avez également le droit à l'effacement des données déjà collectées, le droit de limitation du traitement, ainsi que le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Le délégué à la protection des données est M. Thomas Ladant, que vous pouvez contacter par mail à dpo@ch-metropole-savoie.fr.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à me poser toutes les questions que vous désirez.

Si vous vous opposez au recueil de vos données, nous vous demandons de bien vouloir nous en faire part, soit en nous informant par mail (fabienne.prieur@ch-metropole-savoie.fr), soit par courrier.

Sans retour de votre part dans les 15 jours, nous considérerons que vous ne vous opposez pas au recueil de vos données pour cette étude.

Nous vous remercions pour votre participation à l'étude.

Évaluation de la déprescription médicamenteuse initiée durant une hospitalisation et sa pérennisation en médecine ambulatoire

Ce travail de thèse a pour objectif d'évaluer le devenir des déprescriptions, initiées au décours d'une hospitalisation, lors du suivi en ambulatoire, ainsi que leurs influences.
La première partie s'attachera à recueillir les données sociodémographiques de chaque prescripteur ; la deuxième à observer les influences de la relation médecin-patient et du lien ville-hôpital ; la dernière portera sur le (s) médicament(s) déprescrit(s).
Ce questionnaire vous demandera entre : 5 - 10 min

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Première partie : données sociodémographiques du médecin

À quelle tranche d'âge appartenez-vous ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐25-29 ans
☐30-34 ans
☐35-39 ans
☐40-44 ans
☐45-49 ans
☐50-54 ans
☐55-59 ans
☐60-64 ans
☐65-69 ans
☐>70 ans

Quel est votre territoire d'exercice ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Rural
☐Semi Urbain
☐Urbain

Quel est votre type d'exercice ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Seul en cabinet
☐Cabinet de groupe
☐Maison de santé pluri-professionnelle

Avez-vous une activité professionnelle au sein du Centre Hospitalier Métropole Savoie ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non

Êtes-vous maître de stage universitaire ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non

Connaissez-vous les outils d'aide à la déprescription (STOPP/START, critères de Beers, liste Laroche, liste MAI) ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Les utilisez-vous dans votre pratique courante ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Deuxième partie : données patient·e et leurs influences

Depuis quand suivez-vous ce·tte patient·e ? (en années) *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐< 1 an
☐1- 5 ans
☐> 5 ans

A quelle fréquence s'effectue ce suivi ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Tous les ans
☐Tous les 6 mois
☐Tous les 3 mois
☐Tous les 2 mois
☐Tous les mois
☐Plus d'une fois par mois

Votre patient·e est-il·elle inclus·e dans un dispositif de coordination du parcours de santé (ex : CPTS/ESP/MAIA/PAERPA) ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Votre patient·e a-t-il·elle des troubles cognitifs quel que soit le stade, (hors syndrome confusionnel) ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Avez-vous été contacté·e durant l'hospitalisation de votre patient·e par l'équipe soignante ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Cette consultation était-elle dédiée au renouvellement sans autre motif de consultation ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Étiez-vous au courant des modifications thérapeutiques lors de la consultation (compte rendu d'hospitalisation, lettre de liaison, ordonnance détaillée) ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Troisième partie : Données sur les déprescriptions

Concernant le médicament X déprescrit

Êtes-vous le·a primo-prescripteur·rice ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Souhaitiez-vous arrêter ce traitement auparavant ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non
☐Ne sait pas

Avez –vous maintenu la dé-prescription lors de votre consultation de suivi ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Oui
☐Non

Si vous avez réintroduit la thérapeutique celle-ci était justifiée par : *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐Une demande expresse du patient
☐Une prise en charge personnalisée du patient
☐Une reprise des symptômes
☐Une prise en charge selon les guides de bonnes pratiques
☐L''absence de connaissances des modifications réalisées (patient non au courant, ordonnance de sortie non disponible)
☐L''hypothèse d'une erreur de prescription réalisée par l'hôpital
Autre :

Merci de votre participation, les résultats seront accessibles dès la fin de l'étude.

Pour toute question ou remarque, nous sommes disponibles à l'adresse mail : theseen-doc@gmail.com

Annexe 3 Tableau détaillé pour analyses statistiques uni et multivariés

	Évolution		Test
	Non N=94	Oui N=25	
Diminution posologie			Fisher Exact P = 0.751
Non	83 (88.3%)	21 (84.0%)	
Oui	13 (13.8%)	4 (16.0%)	
Arret			Fisher Exact P = 0.751
Non	13 (13.8%)	4 (16.0%)	
Oui	83 (88.3%)	21 (84.0%)	
En fonction de la classe anatomique			Fisher Exact P = 0.040
DIVERS	1 (1.1%)	0 (0.0%)	
HORMONES SYSTÉMIQUES	1 (1.1%)	1 (4.0%)	
SANG ET ORGANES HÉMA	7 (7.4%)	0 (0.0%)	
SYSTÈME CARDIO-VASCU	49 (52.1%)	10 (40.0%)	
SYSTÈME DIGESTIF ET	29 (30.9%)	6 (24.0%)	
SYSTÈME GÉNITO-URINA	0 (0.0%)	1 (4.0%)	
SYSTÈME MUSCULO-SQUE	2 (2.1%)	0 (0.0%)	
SYSTÈME NERVEUX	4 (4.3%)	4 (16.0%)	
SYSTÈME RESPIRATOIRE	3 (3.2%)	3 (12.0%)	
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE			Fisher Exact P = 0.374
Non	47 (50.0%)	15 (60.0%)	
Oui	49 (52.1%)	10 (40.0%)	
SYSTÈME DIGESTIF ET METABOLISME			Fisher Exact P = 0.627
Non	67 (71.3%)	19 (76.0%)	
Oui	29 (30.9%)	6 (24.0%)	
SYSTÈME NERVEUX			Fisher Exact P = 0.056
Non	92 (97.9%)	21 (84.0%)	
Oui	4 (4.3%)	4 (16.0%)	
SYSTÈME RESPIRATOIRE			Fisher Exact P = 0.102
Non	93 (98.9%)	22 (88.0%)	
Oui	3 (3.2%)	3 (12.0%)	
AGE			Wilcoxon P = 0.438
N	96	25	
Manquant	0	0	
Moyenne et écart type (SD)	80.6 (10.57)	82.5 (9.75)	
Médiane	81.0	84.0	
Q1 ; Q3	73 ; 89	77 ; 90	
Min ; Max	50 ; 98	61 ; 96	
Classe d'âge (recodée)			Fisher Exact P = 0.594
<=70	21 (22.3%)	3 (12.0%)	
>80	52 (55.3%)	15 (60.0%)	
] 70-80]	23 (24.5%)	7 (28.0%)	
Sexe			Fisher Exact P = 0.822
F	54 (57.4%)	13 (52.0%)	
M	42 (44.7%)	12 (48.0%)	
Conciliation			Fisher Exact P = 0.504
Non	94 (100.0%)	24 (96.0%)	
Oui	2 (2.1%)	1 (4.0%)	
Lien hospitalisation			Fisher Exact P = 0.078
Non	42 (44.7%)	16 (64.0%)	
Oui	54 (57.4%)	9 (36.0%)	
Nb jour			Wilcoxon P = 0.279
N	96	25	
Manquant	0	0	
Moyenne et écart type (SD)	11.6 (5.95)	14.1 (7.26)	
Médiane	10.0	12.0	
Q1 ; Q3	7 ; 14	7 ; 22	
Min ; Max	4 ; 26	4 ; 28	
Nombre de jours (recodé)			Fisher Exact P = 0.004
<=8	33 (35.1%)	11 (44.0%)	
>15	20 (21.3%)	11 (44.0%)	
] 8-15]	43 (45.7%)	3 (12.0%)	

	Évolution		Test
	Non N=94	Oui N=25	
SERVICE			Fisher Exact P = 0.640
Court Séjour Gériatrique	25 (26.6%)	10 (40.0%)	
Endocrinologie	28 (29.8%)	5 (20.0%)	
Infectiologie-Médecine	15 (16.0%)	2 (8.0%)	
Médecine Polyvalente	4 (4.3%)	1 (4.0%)	
Néphrologie	1 (1.1%)	0 (0.0%)	
Pneumologie	4 (4.3%)	0 (0.0%)	
Unité Post Urgence	19 (20.2%)	7 (28.0%)	
EHPAD			Fisher Exact P = 0.527
Non	83 (88.3%)	20 (80.0%)	
Oui	13 (13.8%)	5 (20.0%)	
Mention des modifications thérapeutiques			Fisher Exact P = 0.429
Non	7 (7.4%)	3 (12.0%)	
Oui	89 (94.7%)	22 (88.0%)	
Age classe			Fisher Exact P = 0.545
30-34	21 (22.3%)	6 (24.0%)	
35-39	12 (12.8%)	5 (20.0%)	
40-44	13 (13.8%)	1 (4.0%)	
45-49	6 (6.4%)	3 (12.0%)	
45-50	1 (1.1%)	0 (0.0%)	
50-54	5 (5.3%)	0 (0.0%)	
55-59	12 (12.8%)	1 (4.0%)	
60-64	12 (12.8%)	2 (8.0%)	
65-69	10 (10.6%)	5 (20.0%)	
>70	4 (4.3%)	1 (4.0%)	
Manquant	0	1	
Territoire d'exercice			Fisher Exact P = 0.546
Rural	18 (19.1%)	3 (12.0%)	
Semi Rural	39 (41.5%)	8 (32.0%)	
Urbain	39 (41.5%)	13 (52.0%)	
Manquant	0	1	
Type d'exercice			Fisher Exact P = 0.274
Cabinet de groupe	47 (50.0%)	16 (64.0%)	
Cabinet seul	39 (41.5%)	6 (24.0%)	
Maison de santé	10 (10.6%)	2 (8.0%)	
Manquant	0	1	
Activité professionnelle CHMS			Fisher Exact P = 1.000
Non	90 (95.7%)	23 (92.0%)	
Oui	6 (6.4%)	1 (4.0%)	
Manquant	0	1	
MSU			Fisher Exact P = 0.254
Non	79 (84.0%)	17 (68.0%)	
Oui	17 (18.1%)	7 (28.0%)	
Manquant	0	1	
Outils d'aide déprescription			Fisher Exact P = 1.000
Non	72 (76.6%)	18 (72.0%)	
Oui	24 (25.5%)	6 (24.0%)	
Manquant	0	1	
Utilisation outils			Fisher Exact P = 0.598
Non	90 (95.7%)	24 (96.0%)	
Oui	6 (6.4%)	0 (0.0%)	
Manquant	0	1	
Durée suivi			Fisher Exact P = 0.154
1-5ans	29 (30.9%)	5 (20.0%)	
<1an	26 (27.7%)	3 (12.0%)	
>5ans	41 (43.6%)	15 (60.0%)	
Manquant	0	2	
fréquence suivi			Fisher Exact P = 0.662
<= Tous les 2 mois	20 (21.3%)	6 (24.0%)	
=>Tous les 6 mois	6 (6.4%)	2 (8.0%)	
Tous les 3 mois	70 (74.5%)	15 (60.0%)	

	Évolution		Test
	Non N=94	Oui N=25	
Manquant	0	2	
Dispositif coordination			Fisher Exact P = 1.000
Non	91 (96.8%)	24 (96.0%)	
Oui	3 (3.2%)	0 (0.0%)	
Manquant	2	1	
Troubles cognitifs			Fisher Exact P = 0.646
Non	54 (57.4%)	12 (48.0%)	
Oui	40 (42.6%)	12 (48.0%)	
Manquant	2	1	
Contact durant hospitalisation			Fisher Exact P = 1.000
Non	77 (81.9%)	19 (76.0%)	
Oui	15 (16.0%)	4 (16.0%)	
Manquant	4	2	
Autre motif consultation			Fisher Exact P = 1.000
Non	39 (41.5%)	10 (40.0%)	
Oui	53 (56.4%)	13 (52.0%)	
Manquant	4	2	
Infos modifications thérapeutiques			Fisher Exact P = 0.186
Non	5 (5.3%)	3 (12.0%)	
Oui	90 (95.7%)	20 (80.0%)	
Manquant	1	2	
Primo-prescripteur			Fisher Exact P = 0.080
Non	68 (72.3%)	13 (52.0%)	
Oui	24 (25.5%)	11 (44.0%)	
Manquant	4	1	
Souhait arret			Fisher Exact P = 1.000
Non	77 (81.9%)	22 (88.0%)	
Oui	7 (7.4%)	1 (4.0%)	
Manquant	12	2	

Annexe 4 Évolution des déprescription par molécule

Nombre De Déprescription En Fonction De Leur Évolution	Évolution		
Classification ATC	Main-tien	Re-prise	Total
Divers	**1**		**1**
Médicaments De L'hyperkaliémie Et De L'hyperphosphatémie	**1**		**1**
Sulfonate De Polystyrene	1		1
Hormones Systémiques, À L'exclusion Des Hormones Sexuelles Et Des Insulines	**1**	**1**	**2**
Corticostéroïdes (Usage Systémique)		**1**	**1**
Prednisolone		1	1
Traitement De La Thyroïde	**1**		**1**
Levothyrox	1		1
Sang Et Organes Hématopoïétiques	**7**		**7**
Antithrombotiques	**6**		**6**
Apixaban	2		2
Kardégic	4		4
Préparations Martiales	**1**		**1**
Tardyferon	1		1
Système Cardio-Vasculaire	**49**	**10**	**59**
Agents Agissant Sur Le Système Rénine-Angiotensine	**8**	**5**	**13**
Candésartan	3	1	4
Enalapril, Lercanidipine	1		1
Lisinopril	1		1
Périndopril	1		1
Ramipril	2	3	5
Telmisartan		1	1
Agents Réduisant Les Lipides Sériques	**8**	**1**	**9**
Acide Folique	1		1
Atorvastatine	4		4
Pravastatine	1		1
Rosuvastatine	1	1	2
Simvastatine	1		1
Agents B-Bloquants	**3**		**3**
Bisoprolol	2		2
Propranolol	1		1
Antihypertenseurs	**1**		**1**
Urapidil	1		1
Diurétiques	**17**	**3**	**20**
Eplerenone	1		1
Furosémide	4	3	7
Hydrochlorotiazide	6		6
Indapamide	2		2
Spironolactone	4		4
Inhibiteurs Des Canaux Du Calcium	**6**	**1**	**7**
(Indapamine 0.5mg /Amlodipine 5mg)	1		1
Amlodipine	3	1	4
Diltiazem LP	1		1
Manidipine	1		1
Thérapie Cardiaque	**6**		**6**
Amiodarone	1		1

Digoxine	2		2
Flécaine LP	1		1
Hémigoxine	1		1
Trinipatch	1		1
Système Digestif Et Métabolisme	**29**	**6**	**35**
Compléments Minéraux	**4**		**4**
Calcidose	2		2
Diffu K	1		1
Orocal D3	1		1
Insulines Et Analogues	**3**		**3**
Insuline Asparte	1		1
Insuline Glargine	1		1
Insuline Lispro	1		1
Laxatifs	**1**		**1**
Macrogol	1		1
Médicament Réduisant La Glycémie, Autres Que Les Insulines	**14**	**3**	**17**
Glibenclamide	1		1
Glimépiride	1		1
Métformine	7	3	10
Ozempic	1		1
Répaglinide	1		1
Sitagliptine	3		3
Médicaments Pour Ulcère Peptique Et Le Reflux Gastro-Œsophagien	**7**	**3**	**10**
Esoméprazole	3		3
Oméprazole	1		1
Pantoprazole	3	3	6
Système Génito-Urinaire Et Hormones Sexuelles		**1**	**1**
Médicaments Utilisés Dans L'hypertrophie Bénigne De La Prostate		**1**	**1**
Alfuzosine		1	1
Système Musculo-Squelettique	**2**		**2**
Médicaments Contre La Goutte	**2**		**2**
Allopurinol	2		2
Système Nerveux	**4**	**4**	**8**
Antidépresseurs	**2**	**1**	**3**
Amitriptyline	1		1
Citalopram	1		1
Miansérine		1	1
Antipsychotiques	**1**	**1**	**2**
Loxapine		1	1
Rispéridone	1		1
Hypnotiques Et Sédatifs		**1**	**1**
Zopiclone		1	1
Opiacés	**1**	**1**	**2**
Oxycontin	1		1
Tramadol		1	1
Système Respiratoire	**3**	**3**	**6**
Antihistaminiques Pour Utilisation Systémique	**2**	**1**	**3**
Desloratadine	1	1	2
Ebastine	1		1

Décongestionnants Et Autres Préparations Nasales Pour Usage Topique		**1**	**1**
Fluticasone		1	1
Dérivés De La Phénothiazine	**1**		**1**
Theralène	1		1
Médicaments Pour Les Maladies Obstructives Des Voies Respiratoires		**1**	**1**
Budésonide		1	1
Total	**96**	**25**	**121**

Annexe 5 Évolution des déprescriptions en Endocrinologie

Évolution des déprescriptions / **Classification ATC**	**Évolution Maintien n=28**	**Reprise n=5**	**Total n=33**
Sang Et Organes Hématopoiétiques	**1**		**1**
Apixaban	1		1
Système Cardio-Vasculaire	**12**	**1**	**13**
Amlodipine	2		2
Bisoprolol	1		1
Digoxine	1		1
Diltiazem LP	1		1
Furosémide	1		1
Hydrochlorotiazide	3		3
Lisinopril	1		1
Rosuvastatine	1	1	2
Spironolactone	1		1
Système Digestif Et Métabolisme	**14**	**1**	**15**
Calcidose	2		2
Esoméprazole	1		1
Glimepiride	1		1
Insuline Asparte	1		1
Insuline Lispro	1		1
Macrogol	1		1
Metformine	4	1	5
Repaglinide	1		1
Sitagliptine	2		2
Système Musculo-Squelettique	**1**		**1**
Allopurinol	1		1
Système Nerveux		**1**	**1**
Loxapine		1	1
Système Respiratoire		**2**	**2**
Budésonide		1	1
Desloratadine		1	1

Annexe 6 Évolution des déprescriptions au court séjour gériatrique

Évolution déprescription Classification ATC	Évolution Maintien n=25	 Reprise n=10	 Total n=35
Divers	**1**		**1**
Sulfonate De Polystyrene	1		1
Hormones Systémiques (Exclusion Hormone Sexuelles Et Des Insulines)		**1**	**1**
Prednisolone		1	1
Sang Et Organes Hématopoiétiques	**3**		**3**
Apixaban	1		1
Kardégic	1		1
Tardyferon	1		1
Système Cardio-Vasculaire	**12**	**3**	**15**
(Indapamine 0.5mg /Amlodipine 5mg)	1		1
Acide Folique	1		1
Atorvastatine	1		1
Candesartan	1	1	2
Flécaine LP	1		1
Furosémide	2	1	3
Hydrochlorotiazide	2		2
Manidipine	1		1
Perindopril	1		1
Ramipril		1	1
Spironolactone	1		1
Système Digestif Et Métabolisme	**7**	**3**	**10**
Diffu K	1		1
Esoméprazole	1		1
Insuline Glargine	1		1
Metformine		1	1
Orocal D3	1		1
Pantoprazole	3	2	5
Système Génito-Urinaire Et Hormones Sexuelles		**1**	**1**
Alfuzosine		1	1
Système Nerveux	**1**	**1**	**2**
Amitriptyline	1		1
Miansérine		1	1
Système Respiratoire	**1**	**1**	**2**
Ebastine	1		1
Fluticasone		1	1