

CHAPITRE 13

Attitudes et comportements des aînés et de leurs proches face à la polypharmacie ou à la déprescription : une revue mixte de la littérature

Marilyn Simard^{1,2}

*Martine Marcotte*¹

*Pierre Pluye*³

*Caroline Sirois*¹

*Nathalie Champoux*⁴

*Marcel Arcand*⁵

*René Verreault*¹

*Machelle Wilchesky*³

*Philippe Voyer*¹

*Anik Giguère*¹

*Edeltraut Kröger*¹

¹ Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

² Faculté de médecine, Département de médecine interne, Université Laval

³ Faculté de médecine, Département de médecine familiale, Université McGill

⁴ Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

⁵ Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

La polypharmacie, c'est-à-dire la prise concomitante de plusieurs médicaments, est fréquente chez les personnes âgées. Elle a été associée à des risques accrus de non adhésion, de médicaments inappropriés, d'interactions, d'effets indésirables et de syndrome gériatrique. Un médicament est inapproprié lorsqu'il s'avère inefficace ou que ses inconvénients potentiels dépassent les bénéfices attendus. La déprescription vise à réduire les médicaments inappropriés dans le but de diminuer les risques associés à la polypharmacie et d'améliorer le bien-être des personnes. La déprescription doit être centrée sur le patient et effectuée en collaboration avec lui et ses proches. Son implantation rencontre cependant des barrières chez les patients et leurs proches. Or, peu d'études ont été publiées à ce sujet. Nous proposons la synthèse d'études scientifiques qualitatives, quantitatives ou mixtes explorant les facteurs influençant les personnes âgées et leurs proches face à la polypharmacie ou à la déprescription. La recherche des études pertinentes a été effectuée à partir de bases de données bibliographiques et des listes de références des études incluses. Ont été retenues les études de patients âgés (65+) ou de leurs proches concernant les facteurs les influençant face à la polypharmacie ou à la déprescription. La synthèse thématique convergente a identifié des sous-thèmes communs et des thèmes descriptifs à partir desquels une construction analytique a été développée. Vingt et une études ont été incluses, portant surtout sur l'attitude des patients concernant l'arrêt de médicaments potentiellement inappropriés. L'efficacité perçue des médicaments et leurs effets indésirables ainsi que la relation patient-prescripteur sont les facteurs les plus fréquemment mentionnés dans les études incluses. Des facteurs fortement interdépendants façonnent l'attitude des patients face à la polypharmacie ou à la déprescription. Une compréhension complète des barrières et des facilitateurs à l'optimisation du régime médicamenteux est essentielle au développement d'interventions ciblées visant à réduire les médicaments inappropriés et les risques associés.

MOTS-CLÉS

Polypharmacie, déprescription, personnes âgées, barrières, facilitateurs, revue systématique mixte

de médicaments potentiellement inappropriés chez 24 à 73 % des personnes âgées vivant dans la communauté (Chang et autres, 2011).

La polypharmacie, ainsi que les effets indésirables qui y sont associés, représentent une menace réelle pour les personnes âgées. Les principes qui guident la prescription optimale chez cette clientèle devraient inclure la déprescription des médicaments inappropriés (Anderson et autres, 2014; Frank et Weir, 2014; Scott et autres, 2013; Simonson, 2015). La déprescription est un concept relativement nouveau visant à réduire les médicaments inappropriés dans le but de diminuer les risques associés à la polypharmacie et d'améliorer le bien-être des personnes (Frank et Weir, 2014; Scott et autres, 2013; Woodward, 2003). La déprescription fait l'objet d'un intérêt grandissant auprès des cliniciens, des associations médicales et aussi de la presse populaire. Les grands principes de ce mouvement ont été publiés (Frank et Weir, 2014; Le Couteur et autres, 2011; Scott et autres, 2013) et des directives plus spécifiques sont en cours de développement ([deprescribing-guidelines](#)).

Plusieurs obstacles doivent cependant être surmontés avant et pendant un tel processus, tant au niveau des systèmes de santé que des médecins, des patients et de leurs proches (Alldred, 2014; Reeve et autres, 2015a). Or, peu d'études ont été publiées à ce sujet. Outre l'étude de Moen et autres (2009) concernant la polypharmacie chez les personnes âgées, Reeve et autres (2013b) ont publié une revue de la littérature sur les facteurs influençant les patients adultes face à la déprescription. En 2015, ce même groupe a publié une revue narrative traitant des obstacles à l'optimisation de la médication chez les patients atteints de démence (Reeve, Bell et Hilmer, 2015). Les études s'intéressant à la perception des proches sont encore moins nombreuses, bien que leur intervention puisse s'avérer cruciale, particulièrement pour les patients qui éprouvent des problèmes à communiquer.

Dans ce contexte, nous proposons une revue de la littérature scientifique mixte, tant qualitative que quantitative, concernant les facteurs influençant les personnes âgées et leurs proches face à la polypharmacie ou à la déprescription.

INTRODUCTION

La polypharmacie, ou polymédication, est un phénomène fréquemment rencontré chez les personnes âgées (Hajjar, Cafiero et Hanlon, 2007; Maher, Hanlon et Hajjar, 2014; Simonson, 2015). Au Canada en 2008, les personnes âgées de 65 ans et plus ont réclamé une moyenne de 6,5 classes de médicaments aux programmes publics de médicaments : 62 % avaient des réclamations pour au moins cinq classes de médicaments, 21,4 % pour au moins dix classes de médicaments et 5,5 % pour au moins 15 classes de médicaments (Canadian Institute for Health Information, 2010). En effet, l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une hausse de la prévalence des maladies chroniques, ce qui entraîne un accroissement de la consommation de médicaments. Jusqu'à maintenant la définition de polypharmacie ne fait pas consensus : le terme concerne la prise concomitante de trois classes de médicaments ou plus à la prise d'au moins dix classes de médicaments (Jyrkka et autres, 2009; Jyrkka et autres, 2011). Cependant, quels que soient les critères utilisés, la polypharmacie a été associée à un risque accru de non adhésion au traitement, d'interactions et d'effets secondaires (Goldberg et autres; Johnell, Weitoft et Fastbom, 2008), de syndrome gériatrique (Hajjar et autres, 2007) et de chute. De plus, ce phénomène prédispose les personnes âgées à se voir prescrire des médicaments potentiellement inappropriés (Hilmer et Gnjdic, 2009; Hohl et autres, 2001; Simonson, 2015). Un médicament est inapproprié lorsqu'il s'avère inefficace ou que ses inconvénients potentiels dépassent les bénéfices attendus (American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel, 2012; O'Mahony et autres, 2015). La polypharmacie s'accompagne

OBJECTIFS

1. Identifier les études qualitatives, quantitatives ou mixtes qui rapportent des résultats sur les facteurs influençant les personnes âgées ou leurs proches, lorsqu'ils sont confrontés à la polypharmacie ou à la déprescription, c'est-à-dire un arrêt planifié et surveillé d'un ou plusieurs des médicaments prescrits.
2. Synthétiser les connaissances permettant de guider les conversations importantes entre les professionnels de l'équipe soignante, le patient et ses proches dans le cadre de décisions en lien avec la polypharmacie ou la déprescription.
3. Évaluer dans quelle mesure la littérature existante couvre les éléments clés d'un cadre conceptuel adapté.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons effectué une revue de la littérature scientifique comprenant des études qualitatives, quantitatives et mixtes selon la méthodologie développée par Hong et autres (2017) (voir le chapitre 2 dans le même cahier). Cette méthode permet de combiner les connaissances issues des études qualitatives à celles provenant des études quantitatives pour obtenir une vision plus globale de la problématique. Nos questions de recherche spécifiques étaient les suivantes :

- Quels sont les thèmes associés aux perceptions, attitudes ou comportements des personnes âgées ou de leurs proches lorsqu'ils sont confrontés à la polypharmacie ou à la déprescription ?
- Pour chacun de ces thèmes, quels sont les résultats des études qui ont mesuré les perceptions, attitudes ou comportements des personnes âgées ou de leurs proches dans ces circonstances ?

Par conséquent, nous avons adopté un devis de synthèse convergent dans lequel les études incluses sont analysées de manière quasiment simultanée (sans séquence) et nous avons intégré les composantes qualitatives (synthèse des études qualitatives) et quantitatives (synthèse

des études quantitatives) au niveau des résultats de synthèse en utilisant un cadre conceptuel commun pour les deux composantes.

Recherche des études

Une bibliothèque scientifique d'expérience a développé la stratégie de recherche pour les bases de données bibliographiques suivantes : Ageline, AMED, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, ProQuest, PsycNet et Web of Science, en utilisant diverses combinaisons de mots-clés pour les concepts de polypharmacie, de déprescription, d'attitudes et comportements, de barrières et facilitateurs chez les patients âgés. Un exemple de stratégie de recherche est donné à l'Annexe 1. Aucune limite de temps n'a été imposée, mais seules les publications en anglais, français ou allemand ont été considérées. Les recherches ont débuté en octobre 2015 et la dernière mise à jour a été effectuée en septembre 2016. Une recherche manuelle des listes de références des études incluses a également été faite.

Sélection des études

L'un des auteurs (MM) a révisé les titres puis les résumés pour identifier les articles potentiellement pertinents. Le texte intégral de ceux-ci a été évalué selon les critères suivants :

Critères d'inclusion

- Recherche originale
- Participants
 - ▶ Patients ≥ 65 ans auxquels sont prescrits au moins un médicament régulier (les traitements délivrés ponctuellement dans le cadre d'épisodes aigus ne sont pas considérés)
 - ▶ proches de tels patients (proches aidants, membres de la famille, etc.)
- Issues : facteurs influençant ces personnes face à la polypharmacie ou à la déprescription

Critères d'exclusion

- Type d'étude : Revue de la littérature, éditorial, lettre à l'éditeur, résumé, étude de cas, etc.
- Participants : < 65 ans ou impossibilité d'isoler les résultats des ≥ 65 ans ou absence de médicament régulier prescrit
- Mesures : informations indirectes (oui-dire, dossier médical, etc.)
- Exclusivement sur l'adhésion au traitement médicamenteux
- Exclusivement sur la gestion de la médication en fin de vie
- Informations incomplètes (par exemple : résumé publié, mais pas l'étude complète)

Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée par MM et MS, puis révisée par EK. Un tableau a été élaboré afin de présenter les informations suivantes concernant chaque étude : description des participants, médicaments considérés, approche (qualitative, quantitative ou mixte), outil de collecte des données et principaux résultats.

Évaluation de la qualité

L'évaluation de la qualité des études incluses dans cette revue a été réalisée par EK et MS, à l'aide de l'outil *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) pour méthodes mixtes (Pace et autres, 2012; Pluye et autres, 2009). Le MMAT comporte deux questions de dépistage concernant tout type d'étude : 1) présence d'un objectif ou d'une question de recherche claire et 2) devis d'étude permettant de répondre à la question ou à l'objectif. Pour les études qualitatives, il y a quatre critères spécifiques : 1) pertinence des sources de données pour répondre à l'objectif; 2) pertinence du processus d'analyse des données qualitatives pour répondre à l'objectif; 3) prise en compte de l'influence du contexte; et 4) prise en compte de l'effet de l'interaction avec le chercheur sur la collecte des données qualitatives. Il y a de plus quatre critères pour

chacun des devis quantitatifs suivants : l'essai clinique randomisé, l'étude non randomisée et l'étude descriptive. Finalement, trois critères concernaient les études mixtes. L'ensemble de ces critères est accessible dans le document suivant (lien) : <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>

Synthèse des données

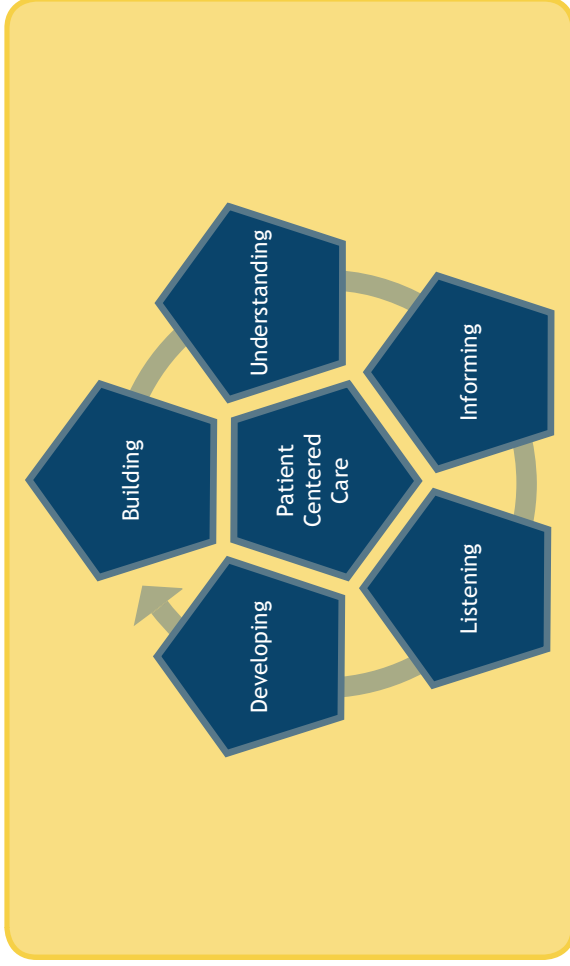
Un cadre conceptuel a été identifié afin de synthétiser les concepts et les thèmes soulevés par les études incluses. Le cadre conceptuel BUILD a été retenu. Développé pour accompagner les décisions sur les médicaments appropriés en soins palliatifs ou de fin de vie, il vise à faciliter l'équilibre entre l'usage de médicaments appropriés et la communication nécessaire pour y arriver, afin d'obtenir des résultats de santé optimaux (Collier, Kimbrel et Protus, 2013). Le modèle BUILD, traduit en français et adapté au contexte élargi de la discussion sur la polypharmacie et la déprescription entre les professionnels de la santé et les personnes âgées et leurs proches est représenté à la figure 1. L'exercice de synthèse met en lien les concepts identifiés dans les études retenues avec les concepts considérés comme importants dans le cadre BUILD.

RÉSULTATS

La recherche dans les bases de données bibliographiques a produit 8829 résultats dont 2432 ont été rejetés d'emblée : copies multiples, livres ou sections de livres, publications clairement dans d'autres langues que l'anglais, le français ou l'allemand. L'examen du titre des 6397 références restantes a permis d'en retenir 138 dont 82 ont été éliminées sur la base du résumé. Le texte intégral de 56 articles a été scruté et 18 articles décrivant 17 études ont ainsi été retenus. Les listes de références de ces publications ont permis d'identifier trois études supplémentaires. De plus, la recherche des citations de ces études et de publications similaires a mené à l'inclusion d'une vingt et unième étude. Le processus de sélection est schématisé à la figure 2.

Figure 1

CADRE CONCEPTUEL BUILD*



B	Build a foundation of trust and respect.	Établir une relation basée sur la confiance et le respect.
U	Understand what the patient knows about the topic.	Vérifier ce que le patient connaît de sa maladie, de ses médicaments.
I	Inform the patient of evidence-based information.	Fournir au patient les informations et les explications nécessaires.
L	Listen to the patient's goals and expectations.	Prêter attention aux objectifs et aux attentes du patient.
D	Develop a plan of care in collaboration with the patient, family and interdisciplinary team.	Développer un plan de traitement en collaboration avec le patient, sa famille et l'équipe interdisciplinaire.

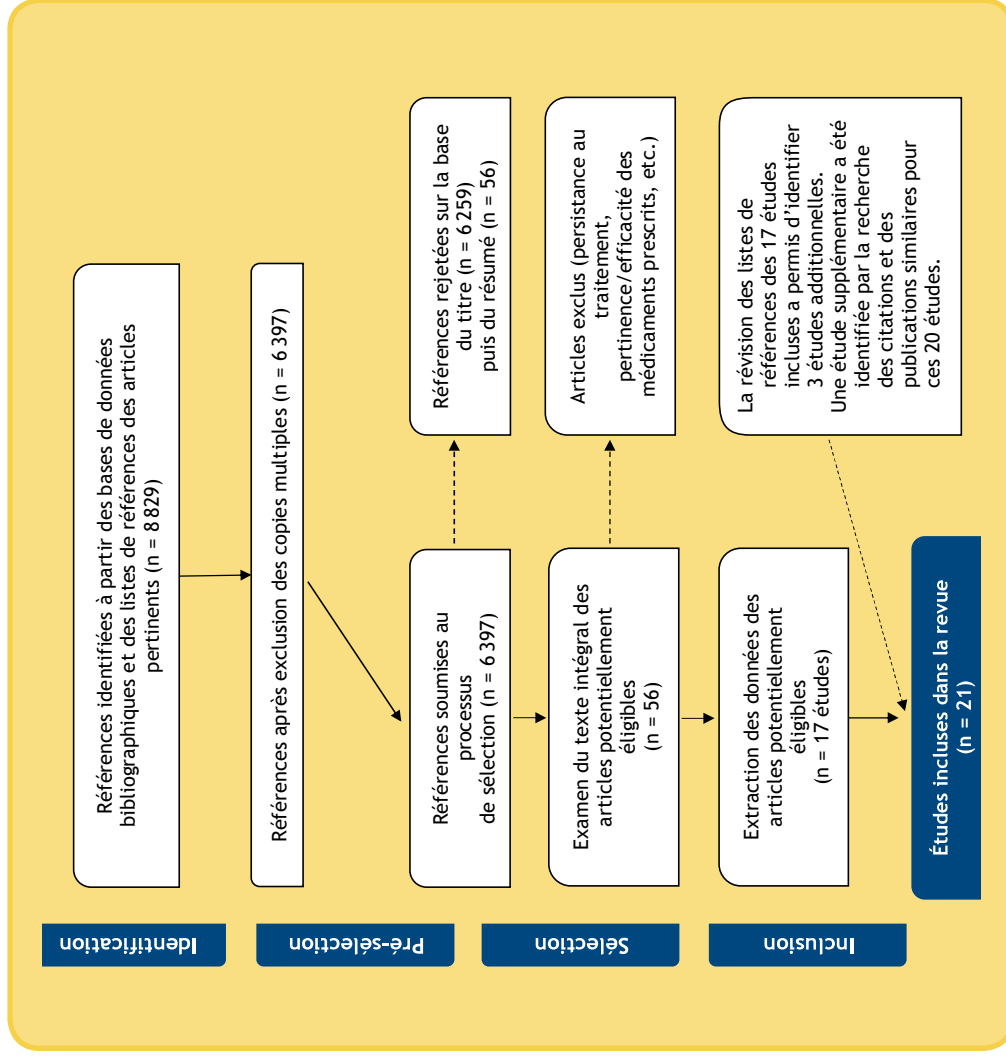
* Tiré de Collier, 2013, traduit par MM.

Caractéristiques des études

L'Annexe 2 présente un sommaire des études incluses dans cette revue, par ordre alphabétique du premier auteur. Il est à noter qu'une seule de ces études a été publiée au siècle dernier (King et autres, 1990) tandis que sept d'entre elles ont paru en 2016 (Galazzi et autres, 2016; Kalogianis et autres, 2016; Palagyi et autres, 2016; Reeve, Low et Hilmer, 2016; Sirois, Ouellet et Reeve, 2016; Turner et autres, 2016; Williams et autres, 2016). Les participants étaient pour la majorité des patients âgés, le plus souvent recrutés dans la communauté (Cook et autres, 2007a; Cook et autres, 2007b; Crest-Guilluy, 2012; Dickinson et autres, 2010; Fried et autres, 2008; Iliffe et autres, 2004; King et autres, 1990; Linsky, Simon et Bokhour, 2015; Moen et autres, 2009; Parr et autres, 2006; Reeve et autres, 2016; Reeve et autres, 2013c; Sirois et autres, 2016; Spijker-Huiges, Winters et Meyboom-De Jong, 2006), mais également en établissement de soins de longue durée (Kalogianis et autres, 2016; Palagyi et autres, 2016; Reeve et autres, 2016; Turner et autres, 2016) ou lors d'une hospitalisation (Galazzi et autres, 2016; Qi et autres, 2015). Seulement quatre études se sont intéressées au point de vue de leurs proches (Huizing et autres, 2006; Lindstrom et autres, 2006; Palagyi et autres, 2016; Reeve et autres, 2016). Dans la majorité des études, les classes de médicaments ne sont pas explicitement identifiées. Les benzodiazépines ont fait l'objet de déprescription dans cinq études, les antidépresseurs dans une étude, les médicaments contre la démence dans deux études tandis qu'une étude portait sur la déprescription des statines et une autre sur les antiacides.

Une approche qualitative caractérise 15 des études (Cook et autres, 2007a et 2007b; Crest-Guilluy, 2012; Dickinson et autres, 2010; Huizing et autres, 2006; Iliffe et autres, 2004; King et autres, 1990; Linsky et autres, 2015; Parr et autres, 2006; Williams et autres, 2016). Un

Figure 2
PHASES DE LA REVUE SELON LA DÉCLARATION PRISMA*



tiers des études recensées a été réalisé en Australie (Kalogianis et autres, 2016; Palagyi et autres, 2016; Parr et autres, 2006; Qi et autres, 2015; Reeve et autres, 2016; Reeve et autres, 2013c; Turner et autres, 2016; Williams et autres, 2016). D'ailleurs, parmi les six études quantitatives, les cinq plus récentes ont utilisé le questionnaire *Patients' Attitudes Towards Deprescribing* développé et validé par des chercheurs australiens (Reeve et autres, 2013a).

Les études à caractère qualitatif comportaient fréquemment des statistiques descriptives sur le phénomène de l'arrêt de médicaments à l'initiative des patients. Nous avons procédé à une analyse thématique des résultats qualitatifs et avons résumé, sans appliquer de test statistique, les résultats quantitatifs de ces études. Parmi les thèmes fréquemment rapportés par les études qualitatives, la confiance envers son médecin et l'importance du maintien de la qualité de la relation avec celui-ci semblent avoir une grande influence sur l'attitude des patients concernant la déprescription (Cook et autres, 2007 a; Cook et autres, 2007b; Crest-Guilluy, 2012; Reeve et autres, 2016; Sirois et autres, 2016; Turner et autres, 2016; Williams et autres, 2016), particulièrement en ce qui traitait aux benzodiazépines (Sirois et autres, 2016). Généralement, les patients avaient peu d'inquiétudes face à la polypharmacie et plusieurs ne semblaient pas sensibles aux risques d'effets secondaires des médicaments (Dickinson et autres, 2010; Iliffe et autres, 2004). Finalement, de 33 % (Cook et autres, 2007 a; Cook et autres, 2007b) à 50 % (Crest-Guilluy, 2012; King et autres, 1990) des patients pourraient accepter la déprescription.

Quatre études seulement se sont intéressées au point de vue des proches. Dans une étude, les groupes de discussion indiquaient que le grand nombre de médicaments représentait un fardeau

Adapté de : Moher D., A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman and The PRISMA Group (2009), *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6 (6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

tant pour les patients que pour les proches, mais les indications et les effets secondaires potentiels des médicaments étaient mal connus (Palagyi et autres, 2016). Dans un contexte de démence, 58 % des proches considéraient l'arrêt des médicaments contre la démence comme un abandon du patient (Huizing et autres, 2006) tandis que 66 % croyaient qu'il y aurait un moment où le médicament pourrait être arrêté (Lindstrom et autres, 2006).

Résumé des études à devis quantitatif

Seulement six des 21 études retenues utilisaient un devis quantitatif et cinq d'entre elles ont utilisé le même questionnaire, lequel est résumé au tableau 1. Ce questionnaire, élaboré en Australie, examine les attitudes, connaissances et perceptions des patients face à leurs médicaments et à la déprescription de ceux-ci. Ces études présentent des patients avec des caractéristiques différentes en ce qui concerne la tranche d'âge, le lieu de résidence ou les classes de médicaments considérées; elles ne sont donc pas tout à fait comparables, c'est pourquoi nous avons choisi de présenter seulement l'étendue des réponses quantitatives sans y appliquer de test statistique.

En général, la polypharmacie semblait être plutôt bien acceptée. La proportion de patients considérant prendre un grand nombre de médicaments variait de 14,5 % à 50,3 % selon le nombre de médicaments prescrits (Kalogianis et autres, 2016) et pouvait même atteindre 70 % (Qi et autres, 2015). Un faible pourcentage (12 à 25 %) des participants avait l'impression de prendre un ou des médicaments qui n'étaient plus nécessaires tandis que la majorité (71 à 93 %) croyait tous ses médicaments nécessaires et que 69 à 93 % semblaient s'en accommoder.

Pour ce qui est de la déprescription, la proportion de patients désirant réduire le nombre de leurs médicaments variait de 34,8 % à 89 %. Toutefois, si leur médecin leur parlait d'une possibilité de déprescription, 72 % à 92 % des patients seraient prêts à s'y prêter. Ici encore la relation de confiance avec le médecin semblait jouer un rôle important, un plus haut score de « *Physician Trust* » correspondant à une volonté accrue d'arrêter un médicament (Reeve et autres, 2013c). La compréhension de la médication ainsi que des effets secondaires

de celle-ci ne semblent pas être une problématique pour les patients : 65,6 à 91 % de ces derniers croient bien comprendre les raisons pour lesquelles la médication leur est prescrite et seulement 10 à 31 % croient que les médicaments leur causent des effets secondaires.

Généralement, l'âge, le nombre de médicaments prescrits ou les comorbidités ne semblaient pas influencer le désir de déprescription des patients (Galazzi et autres, 2016), pas plus que la fragilité ou les atteintes cognitives (Qi et autres, 2015). Par ailleurs, deux études récentes ont montré une association entre la volonté de déprescription et le désir de prendre moins de médicaments (Sirois et autres, 2016) et le sentiment d'en prendre un grand nombre ou de prendre des médicaments qui ne sont peut-être pas nécessaires (Reeve et autres, 2016). Dans le cas des médicaments contre l'acidité gastrique, les questions concernant la déprescription ont révélé que les patients n'étaient pas disposés à arrêter leur traitement (Spijker-Huiges et autres, 2006) ce qui pourrait être spécifique à un groupe de médicaments contrôlant des symptômes très désagréables.

Évaluation de la qualité

En général, la concordance était bonne entre les deux évaluatrices de la qualité des études. Les scores MMAT, présentés à l'annexe 2, variaient de 3 (75 % des critères rencontrés) à 4 (100 % des critères rencontrés) indiquant des études de bonne qualité.

Intégration des résultats des études qualitatives et quantitatives par rapport au cadre conceptuel BUILD

Le tableau 2 décrit le lien entre les résultats des études retenues et le cadre conceptuel BUILD. Les éléments du cadre conceptuel sont couverts de façon variable par les différentes études et il y a peu de données en ce qui a trait aux informations et explications nécessaires aux patients et à leurs proches pour une discussion sur la polypharmacie et la déprescription. Il n'y a pas de résultats quantitatifs

SOMMAIRE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE PATD^a

Tableau 1

ÉTUDE	GALAZZI, 2016	KALOGIANIS, 2016	QI, 2015	REEVE, 2013	SIROIS, 2016
PROPORTION DE RÉPONDANTS EN ACCORD AVEC L'ÉNONCÉ (« STRONGLY AGREE » + « AGREE »)					
1. Je sens que je prends un grand nombre de médicaments.	59 %	< 9 Rx : 14,5 % ≥ 9 Rx : 50,3 %	70 %	65 %	51 %
2. Je suis confortable avec le nombre de médicaments que je prends.	87 %	< 9 Rx : 92,8 % ≥ 9 Rx : 79,1 %	75 %	69 %	81 %
3. Je crois que toute ma médication est nécessaire.	78 %	< 9 Rx : 76,8 % ≥ 9 Rx : 71,2 %	85 %	78 %	84 %
4. Si mon médecin me disait que cela est possible, je serais d'accord pour arrêter un ou plusieurs de mes médicaments réguliers.	89 %	< 9 Rx : 79,7 % ≥ 9 Rx : 78,5 %	89 %	92 %	72 %
5. J'aimerais réduire le nombre de médicaments que je prends.	89 %	< 9 Rx : 34,8 % ≥ 9 Rx : 42,9 %	65 %	68 %	50 %
6. Je crois que je prends un ou plusieurs médicaments qui ne sont plus nécessaires.	12 %	< 9 Rx : 17,4 % ≥ 9 Rx : 18,4 %	25 %	16 %	22 %
7. J'accepterais de prendre plus de médicaments pour les maladies dont je souffre.	64 %	< 9 Rx : 55,1 % ≥ 9 Rx : 56,4 %	85 %	71 %	80 %
8. J'ai une bonne compréhension des raisons pour lesquelles chaque médicament est prescrit.	70 %	< 9 Rx : 72,5 % ≥ 9 Rx : 65,6 %	80 %	90 %	91 %
9. Le fait de payer pour certains médicaments influence mon désir d'arrêter un ou plusieurs médicaments.	15 %	< 9 Rx : 14,5 % ≥ 9 Rx : 14,7 %	15 %	32 %	33 %
10. Je crois que un ou plusieurs de mes médicaments m'occasionnent des effets secondaires.	30 %	< 9 Rx : 10,1 % ≥ 9 Rx : 14,7 %	28 %	31 %	25 %

^a Patients' Attitudes Towards Deprescribing (Reeve, 2013)^b Les énoncés ont été traduits en français par MS

concernant l'information et les explications à donner aux patients, les attentes et objectifs des proches ni en ce qui concerne le développement d'un plan de traitement.

DISCUSSION

Cette revue inclut quinze études qualitatives et six études quantitatives dont cinq ont utilisé le même questionnaire. On constate que le nombre d'études sur ce sujet a augmenté au cours des dernières années, particulièrement à l'initiative des chercheurs australiens. La carence en études quantitatives et en études mixtes est particulièrement prononcée en ce qui concerne les facteurs influençant les proches des personnes âgées qui n'ont fait l'objet que de quatre études. Pourtant, surtout dans le contexte des troubles cognitifs, de la perte d'autonomie et des soins de longue durée, les attitudes des proches d'une personne âgée jouent un rôle déterminant dans les décisions touchant ses soins de santé.

Parmi les éléments du cadre théorique, la relation

Tableau 2

COMMENT LES RÉSULTATS OBSERVÉS SE RAPPORTENT AU CADRE CONCEPTUEL BUILD*

ÉLÉMENT DU CADRE CONCEPTUEL		RÉSULTATS QUALITATIFS LIÉS À L'ÉLÉMENT	RÉSULTATS QUANTITATIFS LIÉS À L'ÉLÉMENT	NOMBRE D'ÉTUDES /21
B	Établir une relation de confiance et de respect avec le patient et le proche	Communication avec le médecin sur l'utilité, les effets indésirables et son opinion sur le médicament; la confiance dans la décision du médecin semble un facteur déterminant et incontournable.	42 % à 92 % seraient prêts à arrêter un médicament si leur médecin le conseille; 95 % avaient confiance que leur médecin les informerait s'ils avaient besoin d'arrêter une statine.	13
U	Vérifier ce que le patient et le proche connaissent sur ses maladies et ses médicaments	Des limites ont été identifiées dans les connaissances des patients et de leurs proches sur les indications, effets indésirables, interactions médicamenteuses/thérapeutiques et les solutions de rechange au médicament.	Entre 65,6 % et 91 % croient avoir une bonne connaissance de l'indication de leur médicament; entre 10 % et 31 % croient qu'un ou plusieurs de leurs médicaments leur occasionne un effet indésirable.	11
I	Fournir au patient et au proche les informations et explications nécessaires	Les études mentionnent plutôt le besoin de soutien des patients par les professionnels de la santé, la famille et les amis; par les soins continus (des infirmières).	Aucun résultat	6
L	Tenir compte des objectifs et des attentes du patient	Les études retiennent plusieurs attentes et objectifs clés des patients : garder les bénéfices thérapeutiques des médicaments et craindre les symptômes que les médicaments soignent; vouloir conserver la stabilité de la condition; craindre les effets indésirables	De 34,8 % à 89 % des patients aimeraient réduire le nombre de médicaments qu'ils prennent; de 12 % à 25 % pensent prendre au moins un médicament non nécessaire; de 55 % à 85 % accepteraient de prendre plus de médicaments au besoin.	17
	Tenir compte des objectifs et des attentes du proche aidant	Les trois études identifient comme attentes spécifiques aux proches le désir de ne pas l'abandonner en enlevant un médicament, la complexité de décider de la médication d'un proche et le désir de pouvoir bien identifier le moment opportun pour un arrêt (médicament contre la démence).	Aucun résultat	3
D	Développer un plan de traitement en collaboration avec le patient/le proche	Une étude mentionne la disponibilité d'un plan d'arrêt (explications, suivi, possibilité de reprendre le médicament au besoin)	Aucun résultat	1

* Tiré de Collier, 2013

médecin-patient semble être le plus important, les prescripteurs devant fournir des informations aux patients sur les effets indésirables potentiels, décrire les médicaments inappropriés et fournir du soutien et un suivi à long terme. Il ressort également que l'importance des éléments du cadre théorique peut varier selon la classe de médicaments visée : la polypharmacie comprenant des médicaments psychotropes ou contre la démence et leur déprescription posent des défis spécifiques. L'analyse des études quantitatives utilisant le questionnaire *Patients' Attitudes Towards Deprescribing* indique également que les réponses varient selon les populations et les classes de médicaments concernés : ces résultats devraient nourrir des démarches spécifiques aux populations et médicaments visés.

Forces et limitations de cette étude

La présente revue a permis d'identifier les études les plus récentes, tant qualitatives que quantitatives, et les a mis en lien avec un cadre théorique approprié et récent. Aucune stratégie de recherche ne peut toutefois garantir l'identification de toutes les études en raison, notamment, des limites linguistiques. Les études étaient majoritairement qualitatives et, quoique de qualité acceptable, ne couvraient pas tous les aspects du cadre théorique. En effet, les thèmes abordés lors d'entrevues semi-dirigées peuvent varier d'une étude à l'autre et la faible taille de certains échantillons peut nuire à la représentativité des participants.

Défis posés par la méthode mixte et moyens pour les surmonter

Dans le but de surmonter ces défis méthodologiques, nous avons utilisé de nouveaux outils d'évaluation comme le *Mixed Methods Appraisal Tool*. Pour surmonter la difficulté à combiner les données numériques et narratives, nous avons introduit un cadre théorique et une matrice pour identifier les liens entre les éléments du cadre théorique et les résultats des études qualitatives et des études quantitatives.

CONCLUSION

Cette revue révèle certains éléments importants pour amorcer une démarche de recherche ciblant la problématique de la déprescription et de la polypharmacie chez la personne âgée, notamment : la nécessité d'une relation de confiance entre le médecin, les autres professionnels de la santé et le patient; le besoin d'un échange d'informations concernant les médicaments, leurs indications, leurs possibles interactions et effets indésirables; l'importance de tenir compte des objectifs de soin des patients. Les connaissances sur l'importance quantitative de ces éléments demeurent cependant incomplètes. Plus d'études, faisant particulièrement appel à des approches quantitatives, sont nécessaires pour mieux guider des démarches impliquant des proches de personnes âgées.

- Allred, D. P. (2014). « Deprescribing: a brave new word? ». *Int J Pharm Pract*, vol. 22, n°1, p. 2-3.
- Anderson, K., D. Stowasser, C. Freeman et I. Scott. (2014). « Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis ». *BMJ Open*, vol. 4, n°12, p. e006544.
- Canadian Institute for Health Information. (2010). *Drug Use Among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2002 to 2008*, Ottawa, Canadian Institute for Health Information.
- Collier, K. S., J. M. Kimbrel et B. M. Protus. (2013). « Medication appropriateness at end of life: a new tool for balancing medicine and communication for optimal outcomes--the BUILD model ». *Home Healthc Nurse*, vol. 31, n°9, p. 518-524; quiz 524-516.
- Cook, J. M., T. Biyanova, C. Masci et J. C. Coyne. (2007a). « Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study ». *J Gen Intern Med*, vol. 22, n°8, p. 1094-1100.
- Cook, J. M., T. Biyanova, R. Thompson et J. C. Coyne. (2007b). « Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines ». *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 29, n°5, p. 396-401.
- Crest-Guilluy, M. (2012). *La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription*. (Diplôme d'état de docteur en médecine d.e.s de médecine générale), Université Paris Descartes (Paris 5), Paris, France.
- Dickinson, R., P. Knapp, A. O. House, V. Dimri, A. Zermansky, D. Petty, J. Holmes et D. K. Raynor. (2010). « Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study ». *Br J Gen Pract*, vol. 60, n°573, p. e144-155.
- Frank, C. et E. Weir. (2014). « Deprescribing for older patients ». *CMAJ*, vol. 186, n°18, p. 1369-1376.
- Fried, T. R., S. McGraw, J. V. Agostini et M. E. Tinetti. (2008). « Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making ». *J Am Geriatr Soc*, vol. 56, n°10, p. 1839-1844.
- Galazzi, A., M. Lusignani, M. T. Chiarelli, P. M. Mannucci, C. Franchi, M. Tettamanti, E. Reeve et A. Nobili. (2016). « Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy ». *Int J Clin Pharm*, vol. 38, n°2, p. 454-461.
- Gnjidic, D., D. G. Le Couteur, L. Kouladjian et S. N. Hilmer. (2012). « Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes ». *Clin Geriatr Med*, vol. 28, n°2, p. 237-253.
- Gougon-Boisdin, E. et J. Doucet. (2011). *Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale* (Doctorat en médecine), Rouen, France.
- Guillemaud, C. (2010). *Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale* (Doctorat en médecine), Paris Sud 11, Paris.
- Hajjar, E. R., A. C. Cafiero et J. T. Hanlon. (2007). « Polypharmacy in elderly patients ». *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, vol. 5, n°4, p. 345-351.
- Hong, Q.N., P. Pluye, M. Bujold, M. Wassef. Les défis des revues systématiques mixtes : devis de synthèse convergents et séquentiels. Dans Bujold, M., Hong, Q.N., Ridde, V., Bourque, C.-J., Dogba, M.J., Vedel, I., Pluye, P. *Cahier scientifique Acfas #117 - Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Montreal, QC : Acfas.
- Huizing, A. R., R. L. Berghmans, G. A. Widdershoven et F. R. Verhey. (2006). « Do caregivers' experiences correspond with the concerns raised in the literature? Ethical issues relating to anti-dementia drugs ». *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 21, n°9, p. 869-875.
- Iliffe, S., H. V. Curran, R. Collins, S. C. Yuen Kee, S. Fletcher et B. Woods. (2004). « Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers ». *Aging Ment Health*, vol. 8, n°3, p. 242-248.
- Kalogianis, M. J., B. C. Wimmer, J. P. Turner, E. C. Tan, T. Emery, L. Robson, E. Reeve, S. N. Hilmer et J. S. Bell. (2016). « Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed? ». *Res Social Adm Pharm*, vol. 12, n°5, p. 784-788.
- King, M. B., J. Gabe, P. Williams et E. K. Rodrigo. (1990). « Long term use of benzodiazepines: the views of patients ». *Br J Gen Pract*, vol. 40, n°334, p. 194-196.
- Le Couteur, D., E. Banks, D. Gnjidic et A. McLachlan. (2011). « Deprescribing ». *Aust Prescr*, vol. 34, n°6, p. 182-186.
- Lindstrom, H. A., K. A. Smyth, S. A. Sami, N. V. Dawson, M. B. Patterson, J. H. Bohinc, S. G. Post, M. J. Barber, S. Ollerton, M. Singer et P. J. Whitehouse.

- (2006). « Medication use to treat memory loss in dementia. Perspectives of persons with dementia and their caregivers ». *Dementia*, vol. 5, n°1, p. 27-50.
- Linsky, A., S. R. Simon et B. Bokhour. (2015). « Patient perceptions of proactive medication discontinuation ». *Patient Educ Couns*, vol. 98, n° 2, p. 220-225.
- Maher, R. L., J. Hanlon et E. R. Hajjar. (2014). « Clinical consequences of polypharmacy in elderly ». *Expert Opin Drug Saf*, vol. 13, n°1, p. 57-65.
- Moen, J., A. Bohm, T. Tillenius, K. Antonov, J. L. Nilsson et L. Ring. (2009). « I don't know how many of these [medicines] are necessary.. " - a focus group study among elderly users of multiple medicines ». *Patient Educ Couns*, vol. 74, n° 2, p. 135-141.
- Pace, R., P. Pluye, G. Bartlett, A. C. Macaulay, J. Salsberg, J. Jagosh et R. Seller. (2012). « Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review ». *Int J Nurs Stud*, vol. 49, n° 1, p. 47-53.
- Palagyi, A., L. Keay, J. Harper, J. Potter et R. I. Lindley. (2016). « Barricades and brickwalls--a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care ». *BMC Geriatr*, vol. 16, p. 15.
- Parr, J. M., D. J. Kavanagh, R. M. Young et K. McCafferty. (2006). « Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis ». *Soc Sci Med*, vol. 62, n° 5, p. 1237-1249.
- Pluye, P., M. P. Gagnon, F. Griffiths et J. Johnson-Lafleur. (2009). « A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews ». *Int J Nurs Stud*, vol. 46, n° 4, p. 529-546.
- Qi, K., E. Reeve, S. N. Hilmer, S. A. Pearson, S. Matthews et D. Gnjdic. (2015). « Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia ». *Int J Clin Pharm*.
- Reeve, E., J. M. Andrews, M. D. Wiese, I. Hendrix, M. S. Roberts et S. Shakib. (2015a). « Feasibility of a patient-centered deprescribing process to reduce inappropriate use of proton pump inhibitors ». *Ann Pharmacother*, vol. 49, n°1, p. 29-38.
- Reeve, E., J. S. Bell et S. N. Hilmer. (2015b). « Barriers to Optimising Prescribing and Deprescribing in Older Adults with Dementia: A Narrative Review ». *Curr Clin Pharmacol*, vol. 10, n° 3, p. 168-177.
- Reeve, E., L. F. Low et S. N. Hilmer. (2016). « Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study ». *Br J Gen Pract*.
- Reeve, E., S. Shakib, I. Hendrix, M. S. Roberts et M. D. Wiese. (2013a). « Development and validation of the patients' attitudes towards deprescribing (PATD) questionnaire ». *Int J Clin Pharm*, vol. 35, n° 1, p. 51-56.
- Reeve, E., J. To, I. Hendrix, S. Shakib, M. S. Roberts et M. D. Wiese. (2013b). « Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review ». *Drugs Aging*, vol. 30, n°10, p. 793-807.
- Reeve, E., M. D. Wiese, I. Hendrix, M. S. Roberts et S. Shakib. (2013c). « People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to Deprescribe ». *J Am Geriatr Soc*, vol. 61, n° 9, p. 1508-1514.
- Rodriguez Perez, A., E. R. Alfaro Lara, M. D. Nieto Martin, A. Ruiz Cantero et B. Santos Ramos. (2015). « Deprescribing in patients with multimorbidity: A necessary process ». *Eur J Intern Med*, vol. 26, n° 7, p. e18-19.
- Scott, I. A., L. C. Gray, J. H. Martin, P. I. Pillans et C. A. Mitchell. (2013). « Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations ». *Evid Based Med*, vol. 18, n° 4, p. 121-124.
- Simonson, W. (2015). « Polypharmacy, MRPs, PIMs and deprescribing ». *Geriatr Nurs*, vol. 36, n° 6, p. 467-468.
- Sirois, C., N. Ouellet et E. Reeve. (2016). « Community-dwelling older people's attitudes towards deprescribing in Canada ». *Res Social Adm Pharm*.
- Spijker-Huiges, A., J. C. Winters et B. Meyboom-De Jong. (2006). « Patients' views on dyspepsia and acid suppressant drug therapy in general practice ». *Eur J Gen Pract*, vol. 12, n° 1, p. 10-14.
- Turner, J. P., S. Edwards, M. Stanners, S. Shakib et J. S. Bell. (2016). « What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals ». *BMJ Open*, vol. 6, n° 3, p. e009781.
- Williams, F., C. Mahfouz, A. Bonney, R. Pearson, B. Seidel, B. Dijkmans-Hadley et R. Ivers. (2016). « A circle of silence: The attitudes of patients older than 65 years of age to ceasing long-term sleeping tablets ». *Aust Fam Physician*, vol. 45, n° 7, p. 506-511.
- Woodward, M. C. (2003). « Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications ». *J Pharm Pract res*, vol. 33, p. 323-328.

EXEMPLE DE STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

ÉTAPE	MEDLINE VIA OVID
1.	exp aged/ OR exp Nursing Homes/ OR Homes for the Aged/
2.	(aged OR older OR elder* OR senior* OR frail* OR "old age home*" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "nursing home*"), ti, kf.
3.	or/1-2
4.	polypharmacy/ OR exp Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions/ OR Prescription Drugs/ OR exp Drug Prescriptions/ OR exp Drug Utilization/ OR polypharmacy/ OR Drug Therapy/
5.	(medication* OR prescription* OR polypharmac* OR drug OR drugs),ti,kf.
6.	drug therapy.fs.
7.	Inappropriate Prescribing/ OR exp Substance Withdrawal Syndrome/ OR exp Withholding Treatment/
8.	(withdraw* OR inappropriate OR withhold* OR cease OR ceased OR cessation OR discontinu*),ti,kf. OR (stop* adj2 treatment*),ti,kf.
9.	(deprescrib* OR deprescrip* OR de-prescrib* OR de-prescrip*), kw, tw.
10.	or/4-9
11.	(decision OR behavior* OR behaviour* OR attitude OR perception* OR belief*),ti,kf.
12.	exp Decision Making/ OR exp Attitude to Health/ OR Perception/
13.	or/11-12
14.	3 and 10 and 13

ANNEXE 2

SOMMAIRE DES ÉTUDES INCLUSES

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
Cook, 2007 & Cook, 2007	50 patients 71,3 ± 7,7 (61 à 95 ans)	Benzodiazépines	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Négativisme ou résistance envers la diminution graduelle ou l'arrêt des BZD*: <ul style="list-style-type: none"> ▷ Rejet d'interventions psychologiques ▷ Pouvoir et influence relation médecin-patient ▪ 33 % ont été classés prêts à considérer la diminution graduelle ou l'arrêt des BZD ▪ Une prise quotidienne de BZD plus fréquente et une plus grande sensibilité à l'anxiété ont été significativement associées à une plus faible volonté ou probabilité de tenter la diminution graduelle ou l'arrêt des BZD. 	3,5
CREST-GUILLOU, 2011	28 patients ≥ 5 médicaments âge moyen : 72,4 ± 1,1 ans	Non spécifiés	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conscience des risques associés à la prise de médicaments; ▪ 42,8 % estimaient prendre trop de médicaments; ▪ 50 % accepteraient la déprescription; ▪ 13 % avaient déjà expérimenté la déprescription; ▪ Les patients plus âgés, dépendants, isolés et anxieux rejetaient la déprescription, la jugeant risquée et sans bénéfices. ▪ Barrières à la déprescription : <ul style="list-style-type: none"> ▷ Connaissances inadéquates des maladies et des médicaments; ▷ Craintes de perdre les effets bénéfiques de la médication, des symptômes de sevrage et du retour des symptômes; ▷ Crainte de briser la relation de confiance avec le médecin; ▷ Crainte des efforts requis et du manque de soutien. 	3,5

* Voir à la fin de l'annexe 2 pour la légende et le détail des abréviations.

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
DICKINSON, 2010	36 patients de 75 à 91 ans	Antidépresseurs	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception d'effets bénéfiques des médicaments; ▪ Peu d'inquiétudes quant à leur utilisation à long terme tout en étant conscient des facteurs psychologiques/sociaux dans l'apparition et la persistance de la dépression; ▪ Barrières à la déprescription: <ul style="list-style-type: none"> ▷ Pessimisme sur le cours et la curabilité de la dépression; ▷ Attentes et expériences négatives du vieillissement; ▷ Arrêt perçu comme une menace à la stabilité; ▷ Dynamique thérapeutique. 	3,5
FRIED, 2008	66 patients ≥ 5 médicaments ≥ 65 ans	Non spécifiés	Qualitative Groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible appréciation de la réduction des risques associés aux médicaments préventifs puisqu'on les croyait nécessaires pour prévenir la mort immédiate; ▪ Plusieurs participants davantage préoccupés par leur fonctionnalité présente que par les effets de la médication sur leur santé future; ▪ Variabilité inter-individuelle quant aux résultats de santé les plus importants 	3,5
GALAZZI, 2016	100 patients hospitalisés ≥ 5 médicaments ≥ 65 ans	Non spécifiés.	Quantitative Questionnaire PAITD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 89 % aimeraient réduire le nombre de médicaments; ▪ Le désir de déprescription n'a pas été associée à l'âge, au sexe ou au nombre de médicaments ou de conditions médicales; ▪ Les patients plus âgés étaient moins au courant des indications de leurs médicaments. 	4,0

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
HUIZING, 2006	12 proches-aidants âge moyen : 65,5 ans	Médicaments contre la démence	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune attente que le médicament pourrait guérir la maladie; ▪ Perception d'un possible ralentissement du déclin cognitif; ▪ Ils sont d'avis que la prescription est justifiée, même si elle pourrait prolonger la maladie; ▪ En raison des effets secondaires, les patients avaient besoin de plus de soins sans que cela ne justifie la déprescription; ▪ 58 % considèrent l'arrêt comme un abandon du patient. <p>Les autres avaient perdu espoir ou ont souligné le rôle des effets secondaires négatifs.</p>	3,5
ILIFFE, 2004	192 patients Âge moyen: 77 ± 6,6 ans (65-93)	Benzodiazépines	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les croyances en l'efficacité des BZD et l'insomnie rapportée malgré leur utilisation, varient conformément à la volonté de tenter leur arrêt; ▪ La majorité n'a reçu aucun avertissement d'un professionnel concernant les effets indésirables des BZD; ▪ La moitié a essayé d'arrêter à un moment donné, mais la plupart des tentatives ont été de courte durée; ▪ La plupart des patients craignent l'insomnie; ▪ La plupart ne sont pas inquiets des possibles effets secondaires ▪ Pas de différence dans l'âge, le sexe, la dose, la durée d'utilisation, la raison de l'utilisation ou les inconvénients entre les patients qui ont arrêté et ceux qui continuent les BZD. 	3,0

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
KALOGIANIS, 2016	232 patients Établissement de soins pour personnes âgées ≥ 65 ans	Médicaments non spécifiques	Quantitative Questionnaire PATD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 67,7 % ont une bonne compréhension des raisons pour lesquelles leurs médicaments sont prescrits; ▪ 40,5 % ont déclaré vouloir réduire le nombre de médicaments; ▪ 78,9 % seraient prêts à cesser un ou plusieurs de leurs médicaments si leur médecin leur disait que c'est possible; ▪ Les participants prenant ≥ 9 médicaments étaient plus susceptibles de penser que : <ul style="list-style-type: none"> ▷ ils prenaient un grand nombre de médicaments; ▷ leurs médicaments avaient des effets secondaires; ▪ Le désir d'arrêter des médicaments n'était pas influencé par le nombre de médicaments pris. 	3,0
KING, 1990	64 patients 8 % ≤ 40 ans, 41 % ≥ 70 ans	Benzodiazépines	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 39 % trouvent les BZD utiles, 17 % ne pourraient pas s'en passer; ▪ 16 % ont connu des effets indésirables; ▪ Pour 19 %, leur médecin n'a jamais essayé d'arrêter leurs BZD; ▪ 52 % ignorent ce que leur médecin pense de leur prise de BZD; ▪ 58 % ont essayé d'arrêter, 50 % aimeraient arrêter, mais craignent les symptômes persistants, la rechute ou les symptômes de sevrage, 45 % pensent qu'ils en auront toujours besoin. 	3,0

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
LINDSTROM, 2006	Patients atteints de démence, de 54 à 93 ans Proches-aidants	Médicaments contre la démence	Qualitative Groupes de discussion (enregistrement audio)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 85 % des patients prennent ou ont pris un tel médicament; ▪ Les espoirs des patients et des proches portaient principalement sur le maintien des capacités et le ralentissement de la progression de la maladie; ▪ 77 % des patients pensaient qu'il n'y aurait jamais un point où le médicament devrait être arrêté; ▪ 66 % des proches croyaient qu'il y aurait un moment où le médicament pourrait être arrêté. 	3,5
LINSKY, 2015	27 patients ≥ 5 médicaments âge moyen : 66 ans	Non spécifiés	Qualitative. <ul style="list-style-type: none"> ▪ groupes de discussion (7 participants) ▪ entrevue semi-dirigée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitudes conflictuelles concernant les médicaments: désir de prendre moins de médicaments, adhésion au traitement, médication spécifique versus générale; ▪ Importance de la relation patient-soignant: confiance fondée sur l'expertise, la prise de décision partagée et la concordance entre les multiples soignants; ▪ Expérience limitée concernant l'arrêt de médicaments. 	3,0
MOEN, 2009	59 patients ≥ 5 médicaments âge moyen : 75 ans (67-88)	Non spécifiés	Qualitatif Groupes de discussion et entrevues semi-dirigées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initialement, les participants n'ont signalé aucun problème à prendre plusieurs médicaments, ils se sentaient heureux que les médicaments existent et qu'ils les aient gardés en vie, mais des attitudes négatives ont également été révélées; ▪ L'acceptation des médicaments dépend de l'absence d'effets secondaires et du souci de savoir si l'utilisation de multiples médicaments est bonne pour le corps; ▪ La perception des participants envers leurs médicaments dépendait de leur relation avec les médecins (ils font confiance aux bons médecins). 	3,5

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
PALAGI, 2016	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25 patients (soins de longue durée) (moyenne 88 ans) ▪ 16 proches (moyenne 66 ans) 	Non spécifiés	Qualitative Groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le fardeau d'un trop grand nombre de médicaments est reconnu, mais patients et proches demeurent passifs; ▪ Patients et proches ne connaissent pas bien les indications de leurs médicaments et les effets secondaires potentiels; ▪ La volonté d'entreprendre un changement de la médication était dépendante du médecin (figure de confiance). 	3,0
PARR, 2006	23 patients âge moyen : 50 ans (25-79)	Benzodiazépines	Qualitative Entrevue semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'arrêt pourrait être discuté avec tous les patients qui utilisent des BZD \geq 3 mois en offrant des stratégies et de l'assistance; ▪ Barrières <ul style="list-style-type: none"> ▷ intensité des symptômes de sevrage; ▷ perception d'un manque de support du médecin; ▷ manque d'un réseau de soutien approprié; ▷ récurrence des symptômes. 	3,0
QI, 2015	180 patients hospitalisés âge moyen : 78 ans (71-85)	Statines	Quantitative Questionnaire PADI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 89 % seraient prêts à arrêter au moins 1 médicament si leur médecin disait que c'est possible; ▪ 95 % avaient confiance que leur prescripteur les informeraient s'ils avaient besoin d'arrêter leur statine; ▪ L'âge, la fragilité, les atteintes cognitives ou la polymédication n'ont pas influencé la volonté de déprescription. 	4,0

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
REEVE, 2013	100 patients ≥ 1 médicament régulier (en moyenne 10 médicaments) âge médian : 71,5 ans (de 20 à 91 ans, mais 65 % ≥ 65 ans)	Médicaments multiples, non spécifiés	Quantitative Questionnaires PATD et BMQ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ > 60 % estimaient prendre un « grand nombre » de médicaments; ▪ 92 % seraient prêts à arrêter des médicaments si leur médecin leur disait que c'est possible; ▪ 78 % estimaient leurs médicaments habituels nécessaires; 16 % estimaient qu'ils prenaient un médicament plus nécessaire; ▪ Pas d'association entre le nombre de médicaments réguliers, l'âge, le nombre de conditions médicales, les expériences antérieures de cessation pas et la volonté d'arrêter un médicament; ▪ Le désir de prendre moins de médicaments et une confiance élevée envers son médecin corrélaient avec la volonté d'arrêter; ▪ Résultats similaires que les participants soient jeunes ou âgés. 	3,5
REEVE, 2016	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14 patients âge moyen : 79 ans ▪ 14 proches aidants âge moyen : 74 ans 	Non spécifiés	Qualitative Groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitateurs ou obstacles à la déprescription: <ul style="list-style-type: none"> ▷ Perception de la pertinence du médicament; ▷ Disponibilité d'un processus pour l'arrêt; ▷ Forte influence du médecin soignant; ▷ Craintes des résultats de l'arrêt; ▷ Aversion pour la prise de médicaments. ▪ Résultats similaires chez les personnes âgées et les soignants; ▪ Thème unique aux aidants: complexité de la prise de décision concernant les médicaments pour leur proche. 	4,0

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
SIROIS, 2016	129 patients âge médian : 76 ans (71-80)	Non spécifiés	Quantitative Questionnaire adapté du PATD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 80 % jugent les médicaments nécessaires, à l'aise avec leur nombre; ▪ 51,2 % considèrent en prendre un grand nombre; 50,8 % souhaitent réduire le nombre; 71,2 % seraient prêts à cesser ≥ 1 médicament si leur médecin disait que c'est possible. ▪ Le désir de réduction du nombre de médicaments corrélé : <ul style="list-style-type: none"> ▷ fortement avec le sentiment de prendre beaucoup de médicaments; ▷ modérément avec le sentiment que le médicament n'est plus nécessaire; ▷ modérément avec les effets secondaires ressentis; ▷ pas de relation avec l'âge du patient. 	3,0
SPIJKER-HUIJES, 2006	318 patients utilisateurs chroniques sans indication appropriée âge moyen : 66 ± 12 ans	Médicaments contre l'acidité gastrique Inhibiteurs de la pompe à proton : 80 %, Antagoniste récepteurs à l'histamine de type 2 : 20 %	Quantitatif Questionnaire non validé, auto- administré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 96 % considèrent leur médicament bon et efficace; ▪ 76 % ne croient pas que le médicament pourrait avoir des effets néfastes; ▪ 95 % n'ont expérimenté aucun effet secondaire; ▪ 43 % ont essayé d'arrêter: <ul style="list-style-type: none"> ▷ 96 % d'entre eux ont recommencé en raison du retour des symptômes; ▷ 22 % utilisent leur médicament seulement au besoin. ▷ 42 % sont prêts à essayer d'arrêter leur médicament si leur médecin le propose, mais à condition de reprendre le traitement si les symptômes réapparaissent; ▷ 6 % aimeraient vraiment tenter d'arrêter; ▷ 68 % n'accepteraient aucun symptôme après l'arrêt, même si ceux-ci n'étaient pas nocifs 	3,0

ÉTUDE	PARTICIPANTS	MÉDICAMENTS CIBLÉS	MÉTHODOLOGIE	RÉSULTATS	SCORE MMAT*
TURNER, 2016	11 participants : Patients en établissement de soins de longue durée, ou représentant âge médian : 70-79 ans	Non spécifiés	Qualitative Groupes de discussion	Facteurs les plus importants concernant la déprescription: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien-être du résident; ▪ Continuité du personnel infirmier; ▪ Sentiment de bien-être dû aux médicaments; ▪ Fardeau de l'administration des médicaments; ▪ Droit d'interroger le médecin; ▪ Non-respect de l'avis du résident; ▪ Respecter du médecin et de ses instructions 	3,5
WILLIAMS, 2016	17 patients âge moyen : 76 ans.	Benzodiazépines	Qualitative Entrevue téléphonique semi-dirigée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BZD souvent initiées lors d'un moment de stress; ▪ Raisons de la persistance de l'utilisation: <ul style="list-style-type: none"> ▷ Importance d'une bonne nuit de sommeil; ▷ Crainte de ne pas dormir du tout; ▷ Plusieurs ont essayé d'arrêter, souvent de façon improvisée/sans soutien et beaucoup ont recommencé; ▷ La majorité consulte le même médecin et estime celui-ci approuve l'utilisation des BZD; ▷ Le manque de connaissances des thérapies alternatives est un incitatif à poursuivre la médication; ▷ Plusieurs ne connaissent pas les effets secondaires potentiels; ▷ Plusieurs ont exprimé une attitude positive face à la cessation. 	2,5

* Évaluation de la qualité des études selon le MMAT, le score indiqué est le score moyen des deux évaluatrices.

2,0 (**) indique que 50 % -; 3,0 (***) que 75 %; - et 4,0 (****) que 100 % - des critères MMAT ont été obtenus.

Abréviations : BZD - benzodiazépines; BMQ - beliefs about medicines; PATD - Patients' Attitudes Towards Deprescribing; MMAT - Mixed Methods Appraisal Tool.