

NOTTE DOLCE

Etats des lieux, barrières et facilitateurs des pratiques de
déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez
des patients hospitalisés en gériatrie : méthode mixte
parallèle convergente dans un hôpital universitaire suisse

Présenté par

Alexandra Le Brun

Pharmacienne

Maîtrise universitaire d'études avancées (MAS) en pharmacie hospitalière Travail de recherche
Session 2021-2024

Direction

Pr Pascal Bonnabry, Pharmacien-Chef, Pharmacie des HUG

Supervision

Dre Isabella De Giorgi, Pharmacienne cheffe de projet

Co-supervision

Dre Laurence Schumacher, Pharmacienne

Pharmacie des Hôpitaux universitaires de Genève

Janvier 2024

« Si vous mettez toujours des limites à tout ce que vous faites, qu'il s'agisse de choses physiques ou autres, cela se répandra dans votre travail et dans votre vie. Il n'y a pas de limites. Il n'y a que des plateaux, et il ne faut pas y rester, il faut aller au-delà. »

— Bruce Lee —

I. Résumé

Introduction : La qualité des soins et la sécurité des patients est une priorité formulée par l'OMS et encouragée par les programmes Choosing Wisely ou Smarter Medicine. Inscrite dans cette démarche, la Société professionnelle suisse de Gériatrie (SPSG), recommande de ne pas utiliser les benzodiazépines et hypno-sédatifs en première intention pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire. Cependant, la prise de décision entourant la prescription et la déprescription de ces molécules implique des mécanismes complexes.

L'objectif de ce travail était d'établir un état des lieux des prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs chez la population gériatrique hospitalisée aux HUG et d'explorer auprès des parties prenantes comment les barrières et facilitateurs à leur déprescription influencent la réévaluation de ces traitements entre l'admission et la sortie.

Matériel et méthode : Cette étude observationnelle prospective a été réalisée selon une méthode mixte parallèle convergente, impliquant la collecte et l'analyse simultanée mais indépendante des données qualitatives (QUAL) et quantitatives (QUANT). L'analyse QUANT consistait en une extraction des prescriptions actives de benzodiazépines et hypno-sédatifs (BHS) de tous les patients de 65ans et plus hospitalisés dans le Département de Réadaptation et Gériatrie (DRG) des HUG à une date et une heure précise (Temps T). Une consultation des dossiers de ces patients permettait ensuite de comparer les prescriptions du temps T avec celles du domicile et de la sortie. La partie QUAL était composée d'entretiens semi-structurés individuels menés auprès de médecins cadres, médecins internes, infirmiers, pharmaciens et patients, afin de comprendre les barrières et facilitateurs à la déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs. Après retranscription en verbatim, ces entretiens ont été analysés de façon déductive à l'aide d'un cadre conceptuel de domaines théoriques (TDF). Une triangulation de Farmer, impliquant la création d'une matrice de codage, a ensuite permis d'évaluer les divergences entre les deux analyses QUAL + QUANT.

Résultats : Dans l'analyse QUANT, sur les 499 patients hospitalisés au DRG au temps T, entre 55% avaient une prescription de BHS. Et 37% des patients sous BHS n'ont pas d'indication documentée pour ces prescriptions. De plus, 55% des prescriptions étaient inactives à domicile. Au total, 16,7% des patients reçoivent une nouvelle prescription de benzodiazépines (BZD) durant l'hospitalisation, et **8.7%** des patients inclus dans l'étude sortent d'hospitalisation avec une nouvelle BZD. Pour les BHS, ces taux de patients avec des nouvelles prescriptions atteignent 67.6% en hospitalisation et **42.9%** à la sortie. L'évolution des prescriptions entre le domicile et la sortie étaient de +165% pour la mélatonine, de +161% pour le clométhiazole, +91% pour la quétiapine, +76% pour les antidépresseurs, et de +1% pour les benzodiazépines, témoignant de déprescription parallèles aux nouvelles prescriptions. Dans l'analyse QUAL, les principaux domaines de barrières et facilitateurs à la déprescription des BHS, communs aux différentes parties prenantes, étaient la « mémoire, attention et processus décisionnels », le « contexte environnemental » et les « connaissances ». Les barrières et facilitateurs spécifiques à chaque partie prenante incluaient les « renforcements » et notamment les *tentatives infructueuses* qui modulent les « intentions » pour les patients et la « régulation du comportement », dont fait partie l'*éducation thérapeutique*, pour les professionnels de santé. La triangulation des données QUAL + QUANT a relevé que le manque de *connaissance des alternatives* et des *protocoles*, le *sentiment de dépendre de la décision du médecin traitant* et la *collaboration ville-hôpital limitée* conditionnaient les résultats QUANT obtenus. En outre, l'âge, les comorbidités, la polymédication et la perception altérée des risques enlisent les patients dans leur *habitudes ancrées* et leur *réticence* à la déprescription. En revanche, l'*inclusion du patient*, la *prise en charge globale*, le *travail interdisciplinaire*, l'émergence d'une prise de conscience *institutionnelle*, le renforcement de la *collaboration ville-hôpital* et la *sensibilisation et la formation* des professionnels de santé encouragent la *réévaluation du traitement* et l'instauration de solutions alternatives.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence une réelle prise de conscience des professionnels de santé quant aux risques des benzodiazépines et une volonté proactive d'en réduire la consommation. Néanmoins, l'hôpital reste un grand pourvoyeur de nouvelles prescriptions d'autres hypno-sédatifs. Cette étude souligne, par ailleurs, la nécessité de fournir aux professionnels de santé et aux patients des outils concrets de sensibilisation et de déprescription globale des BHS, intégrant le patient au cœur de sa prise en charge. Une intervention multimodale, soutenue par l'institution et en collaboration avec les partenaires communautaires et les patients, permettrait de renforcer cette démarche de déprescription et surtout de non-instauration de nouvelles prescriptions des BHS.

II. Remerciement

Ce travail de maîtrise n'aurait pas été réalisable sans la collaboration et le précieux soutien de plusieurs personnes. Ainsi, je tiens à adresser mes sincères remerciements :

Au Prof. **Pascal Bonnabry**, Pharmacien Chef de la pharmacie des HUG et Président du comité scientifique du MAS en Pharmacie Hospitalière, pour m'avoir offert l'opportunité de réaliser cette formation postgrade riche en apprentissages et en partages. Ta grande disponibilité, malgré un emploi du temps chargé, et ton enthousiasme contagieux contribue chaque jour à l'ambiance générale agréable de la Pharmacie. Je te remercie particulièrement pour ton soutien sans faille et tes conseils avisés lors de réflexions sur ce travail ou sur les différents projets que j'ai eu l'occasion de réaliser durant ces quatre années aux HUG.

Au Docteur **Bertrand Guignard**, Pharmacien responsable de l'unité de Pharmacie clinique générale, de m'avoir accueillie dans son service. Ses enseignements et sa jovialité contribuent grandement à l'ambiance de travail conviviale et propices aux échanges et aux partages, qui règne dans son service.

A la Docteure **Isabella De Giorgi-Salamun**, superviseure principale et instigatrice de ce travail, pour sa ténacité en cette année qui fut si particulière dans sa vie privée. Merci pour la liberté et la confiance que tu m'accordes tout au long de ce travail de maîtrise. Ta passion pour le sujet et tes réflexions lors de la relecture de ce mémoire ont grandement contribué à son enrichissement.

A la Docteure **Laurence Schumacher**, co-superviseure de ce travail, pour ton impartialité et son flegme inégalables qui m'ont permis de réaliser ce travail dans des conditions idéales. Tes conseils et ta disponibilité m'ont été très précieux tout au long de ce projet, et particulièrement lorsque j'avais besoin de prises de décisions rapides.

Au Docteur **Christian Skalafouris**, sans qui la récolte et le nettoyage des données quantitatives n'auraient pas été possibles. Merci de m'avoir ouvert les portes de ce monde de codage avec beaucoup d'humour et de pédagogie.

Au Professeur **Christophe Graf**, médecin chef du Département de Réadaptation et Gériatrie et à la Professeure **Emilia Frangos**, médecin cheffe du Service de Réadaptation de Loëx-Jolimont, pour leur enthousiasme communicatif dès l'initiation de ce projet. Leur aide précieuse, ainsi que celle de Mesdames Cindy Vochré et Isabelle Kaposy, secrétaires au sein du département de réadaptation et gériatrie, a grandement contribué à l'obtention de données qualitatives en un temps record.

Au Docteur **Samuel Périvier**, médecin adjoint dans le département de Réadaptation et Gériatrie, pour les discussions préliminaires qui m'ont permis de façonner l'étude, et pour ces nombreuses présentations et publications qui ont nourri mes connaissances.

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et notamment aux Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Patients, qui ont contribué à la récolte des données qualitative et à enrichir la réflexion sur le sujet.

A mes **co-MAS** Camille et Cyril, pour leur soutien indéfectible durant ce MAS. Ces trois années n'auraient assurément pas été pareilles sans votre bienveillance et votre persévérance lors de nos travaux de groupes. Un tout grand merci également à tous les MAS côtoyés durant ces trois années : Léa, Estel, Noémie, Marine, Léa, Sladjana, Romain, Yassine et Alexis. Merci pour ces moments de franches rigolades lors des ateliers, congrès et voyages MAS.

A tous les membres de la Pharmacie des HUG, Pharmaciens, assistants en pharmacie, préparateurs, logisticiens et aides préparateurs pour ces quatre belles années passées à vos côtés. Chacun de vous contribue à rendre cette pharmacie un exemple de persévérance et de convivialité. Merci tout particulier aux membres du *Groupe événement de la pharmacie* (GEP) qui contribuent à l'ambiance légère de la Pharmacie.

Enfin, je tiens à adresser mes plus chaleureux remerciements à mes proches, ma famille, ma belle-famille et mes amis qui m'ont beaucoup soutenu cette dernière année. A mon père et ma sœur pour leur amour inconditionnel et leur soutien inébranlable, malgré la distance qui nous sépare. Merci Papa pour ton éducation et tes encouragements à toujours nous dépasser. A mon futur époux, Arnaud Karlen, pour son soutien sans faille tout au long de ces 11 années d'étude. Ses talents culinaires grandissants ont apporté plus de légèreté à la rédaction de ce travail.

III. Liste de abréviations

AD : Antidépresseur

ATC : Anatomical Therapeutic Chemical Classification System

BHS : Benzodiazépines et hypno-sédatifs

BZD : Benzodiazépines

BZRA : Benzodiazepine receptor agonist

CCER : Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain

CEENCER : Conseil d'évaluation des Etudes ne relevant pas de la commission d'Ethique et de la Recherche

CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois

CIRS : CIRS, cumulative illness rating-scale, échelle d'évaluation des comorbidités

CIWA : Clinical Institute Withdrawal Assessment, score utilisé pour établir un bilan de dépendance des patients toxicomanes.

DCI : Dénomination Commune Internationale

DPI : Dossier patient informatisé

DRG : Département de réadaptation et gériatrie

EDS : Episode de soin, dans le *dossier patient informatisé*

EMS : Etablissement médico-social (maisons de repos en Belgique, EPHAD en France)

GSASA : Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux

Inf : Infirmière (utilisé pour citer les données qualitatives)

MC : Médecin cadre (utilisé pour citer les données qualitatives)

MI : Médecin interne (utilisé pour citer les données quantitatives)

MIF : mesure d'indépendance fonctionnelle

Phar : Pharmacien (utilisé pour citer les données qualitatives)

PDS : Professionnel(s) de santé, inclus les médecins, les infirmiers et les pharmaciens

rPATD : *revised Patient Attitude Towards Deprescribing*, questionnaire révisé des attitudes des patients envers la déprescription.

SFPC : Société française de pharmacie clinique

SPSG : Société professionnelle suisse de Gériatrie

SSMIG : Société suisse de médecine interne générale

TAG : Trouble anxieux généralisé

TDF : *Theoretical domains framework*, traduit littéralement par « cadre de domaines théoriques »

UATR : Unité d'accueil temporaire de répit

1. Contents

I.	Résumé.....	4
II.	Remerciement.....	5
III.	Liste de abréviations.....	7
1.	Introduction :.....	12
1.1	Contexte et problématique.....	12
1.2	Le sommeil, un besoin vital.....	13
1.3	Démographie des troubles du sommeil.....	14
1.4	Démographie de la consommation de benzodiazépines.....	15
1.5	Mécanismes physiologiques du sommeil.....	16
1.6	Evolution du sommeil chez le sujet âgé.....	18
1.6.1	Evolution physiologique du sommeil chez le sujet âgé.....	18
1.6.2	Evolution des troubles du sommeil, selon les syndromes gériatriques.....	19
1.7	Recommandations de gestion des troubles du sommeil.....	20
1.7.1	Classification des troubles du sommeil : diagnostics différentiels de l'insomnie.....	21
1.7.2	Gestion de l'insomnie.....	23
1.7.3	Algorithme de traitement de l'insomnie.....	25
1.7.4	Déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs (HS).....	28
1.8	Méthodes d'analyses des barrières et facilitateurs.....	30
1.8.1	Méthode simple : analyse quantitative.....	30
1.8.2	Méthode simple : analyse qualitative.....	30
1.8.3	Méthodes mixtes.....	35
1.9	Barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs selon la littérature.....	36
1.10	Définitions.....	37
	Question de recherche et objectifs.....	38
1.10.1	Question de recherche.....	38
1.10.2	Objectif primaire.....	38
1.10.3	Objectifs secondaires.....	38
2.	Matériel et méthode.....	39
2.1	Déroulement de l'étude.....	39

2.2	Cadre de l'étude	40
2.3	Partie quantitative.....	41
2.3.1	Population ciblée pour la partie quantitative	41
2.3.2	Collecte des données quantitatives	44
2.3.3	Outcomes mesurés pour la partie quantitative	45
2.3.4	Variables utilisées pour la partie quantitative	46
2.4	Partie qualitative	49
2.4.1	Création de guides d'entretien de la partie qualitative	50
2.4.2	Participants ciblés pour la partie qualitative.....	54
2.4.3	Collecte des données qualitatives	55
2.4.4	Analyse des données qualitatives	56
2.5	Analyse de l'étude mixte parallèle convergente.....	56
2.6	Exigences légales	58
3.	Résultats.....	60
3.1	Partie quantitative : Etat des lieux des pratiques de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs.....	60
3.1.1	Population ciblée.....	60
3.1.2	Indications probables répertoriées	62
3.1.3	Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T et par niveau de soin.....	63
3.1.4	Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T et par tranche d'âge.....	64
3.1.5	Evolution du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient entre le domicile, le temps T et la sortie	65
3.1.6	Evolution du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs entre le domicile, le temps T et la sortie.....	66
3.1.7	Caractérisation des évolutions de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs	68
3.1.8	Nombre de patients gériatriques recevant au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs.....	72
3.2	Partie qualitative : Analyse des barrières et des facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez la population gériatrique	72
3.2.1	Création des guides d'entretien	72
3.2.2	Processus d'inclusion.....	74

3.2.3	Caractéristiques des participants	75
3.2.4	Description des résultats QUAL.....	76
3.3	Etude mixte : analyse par triangulation de Farmer.....	86
3.3.1	Catégorisation des données QUAL + QUANT	86
3.3.2	Matrice de codage par triangulation de Farmer	86
3.3.3	Evaluation de la convergence des données QUAL + QUANT	89
4.	Discussion	90
4.1	Discussion de l'analyse quantitative : Etat des lieux des pratiques de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs.....	90
4.1.1	Processus d'inclusion.....	90
4.1.2	Caractéristiques démographiques de la population étudiée	90
4.1.3	Indications probables répertoriées.....	92
4.1.4	Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T et par unité de soin	94
4.1.5	Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs par tranche d'âge.....	94
4.1.6	Evolution du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs par patient entre le domicile, le temps T et la sortie	95
4.1.7	Evolution du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs entre le domicile, le temps T et la sortie.....	96
4.1.8	Caractérisation des évolutions de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs	97
4.1.9	Nombre de patients avec au moins une nouvelle prescription	98
4.2	Discussion de l'analyse qualitative : Analyse des barrières et des facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez la population gériatrique	99
4.2.1	Présentation conceptuelle des barrières et facilitateurs selon les différentes parties prenantes	99
4.2.2	Construction de schémas de pensée au travers des citations des différentes parties prenantes	102
4.2.3	Comparaison de l'analyse QUAL avec la littérature	109
4.2.4	Discussion de l'étude mixte : triangulation de Farmer	110
4.3	Des barrières et facilitateurs à de potentielles techniques de changements de comportement	117
4.4	Comparaison des résultats avec les autres méthodes mixtes de la littérature	120
4.5	Evaluation de la méthode mixte	121

4.6	Points forts de cette étude.....	122
4.7	Limitations.....	123
5.	Conclusion.....	127
6.	Perspectives.....	129
6.1	A court terme.....	129
6.2	A moyen et long terme.....	129
7.	Références.....	131
8.	Table des illustrations.....	138
9.	Tables des tableaux.....	139
10.	Annexes.....	140
10.1	Introduction.....	140
10.1.1	Annexe 1 : Tableau de barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs, selon.....	140
10.2	Méthode.....	145
10.2.1	Annexe 2 : Listes des traitements hypno-sédatifs inclus dans l'étude.....	145
10.2.2	Annexes 3 : Echelles cliniques utilisées.....	147
10.2.3	Annexe 4 : Guide entretien SFPC.....	149
10.3	Résultats.....	152
10.3.1	Annexes 5 : Guides institutionnels spécifiques d'entretiens semi-structurés.....	152
10.4	Discussion.....	158
10.4.1	Annexe 6 : MMAT : Mixed method appraisal tool : Evaluation de la méthode mixte.....	158

1. Introduction :

« LESS IS MORE »

1.1 Contexte et problématique

La qualité des soins et la sécurité des patients constitue une priorité de l'organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2002 (8). Pour étayer son propos, l'OMS avance des chiffres édifiants. Les préjudices dans les cadres des soins de santé concerneraient environ un patient sur dix et 3.000.000 de décès par ans dans le monde (9). Plus de cinquante pourcents de ces préjudices seraient évitables. Et cinquante pourcent des préjudices évitables concerneraient les médicaments, soit un patient sur quarante (10, 11). Les erreurs de prescription constituent en effet la première source de préjudice citée par l'OMS. Afin d'adresser cette problématique, l'OMS a placé comme troisième défi mondial pour la sécurité du patient l'initiative « *les médicaments sans les méfaits* », visant à réduire de cinquante pourcent les préjudices graves liés à la prise de médicaments, sur un période de 5 ans (2015-2020). Cette ligne directrice est reconduite dans la nouvelle initiative de l'OMS *décennie pour la sécurité du patient (2020-2030)*.

S'inscrivant dans cette démarche d'amélioration de la qualité des soins et de sécurité des patients, d'autres institutions et organisation de santé ont lancé leur propre programme d'optimisation continue de la qualité des soins, à l'instar de *Choosing Wisely*. Lancée en 2011 par un groupe de médecins américains cette initiative vise à mettre en garde contre l'excès de soins médicaux (« Overuse ») et à promouvoir les échanges entre les professionnels de santé et le patient.

L'American Geriatrics Society (AGS) a adaptée cette initiative à la gériatrie, en éditant son *Top 5* des mesures que les professionnels de santé devraient éviter et réévaluer en priorité avec les patients (12). La 4^{ème} mesure recommande de : « **Ne pas utiliser les benzodiazépines ou hypno-sédatifs chez les patients âgés, en première ligne de traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délirium** »(12).

En 2014, la version suisse de *Choosing wisely*, SMARTER MEDICINE voit le jour, toujours avec cette volonté de questionner l'excès de soins, et à fortiori, de médicaments. Cette organisation à but non lucratif a d'ailleurs pour devise « *en médecine, moins peut signifier plus* », repris dans l'épigraphe de ce chapitre. Elle encourage ainsi les sociétés spécialistes à éditer la liste des *Top 5* à éviter dans la spécialité concernée. Se reliant à cette initiative, la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG) a repris le *Top 5* américain des mesures à éviter en gériatrie, avec toujours la 4^{ème} recommandation citée plus haut par la AGS. La SPSG étaye son propos (13):

« Des études à grande échelle montrent systématiquement que le risque d'accidents lors de la conduite de véhicules à moteur, de chutes et de fractures de la hanche entraînant une hospitalisation ou le décès du patient peut plus que doubler chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines et d'autres

hypnotiques sédatifs. Les patients âgés, leurs soignants et leurs prestataires devraient reconnaître cette nocivité potentielle au moment d'opter pour des stratégies de traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire. L'usage des benzodiazépines devrait être réservé aux symptômes de sevrage alcoolique, au delirium tremens ou aux cas de trouble d'anxiété généralisée sévère ne répondant pas aux autres traitements. »

Soulignant cette initiative, la commission qualité de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) a publié pour la première fois en 2021, une liste de six indicateurs destinés à mesurer la qualité des pratiques en milieu stationnaire (14). Quatre d'entre eux sont des indicateurs de la qualité de soins centrés sur la sécurité des patients. Parmi ceux-ci, figure l'indicateur « *Nouvelles prescriptions de benzodiazépines* ». Cet indicateur traque la « proportion de personnes âgées (≥ 65 ans) chez lesquelles une nouvelle benzodiazépine a été introduite durant l'hospitalisation. Il a pour objectif de réduire les nouvelles prescriptions de benzodiazépines au cours d'une hospitalisation afin d'éviter les effets secondaires inhérents à ces traitements » (14).

Dès le début du mouvement *SMARTER MEDICINE*, les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont marqué leur engagement dans cette initiative visant à assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Ainsi, plusieurs projets sont mis en place, à l'instar du projet Dynam0, lancé en 2019. Ce projet encourage le lancement et la pérennisation d'actions concrètes permettant d'optimiser la qualité des soins et la prise en charge des patients, grâce aux suivis d'indicateurs spécifiques(15). L'un d'entre eux concerne la mesure mensuelle des prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs (BHS) dans le dossier patient informatisé (DPI) avec répertoriage des médicaments à l'admission. Ce monitoring est effectué par un logiciel nommé TBO (Tableau de bord opérationnel) et permet de définir le taux de nouvelles prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs introduits durant le séjour. Cette mesure comporte cependant des limitations. La première est que le champ de médicaments à domicile est encore peu rempli dans le DPI, créant un artefact de 0% de médicaments à domicile. La seconde est que cette analyse mensuelle ne permet pas de vision à un temps T donné, c'est-à-dire une photographie instantanée des prescriptions. La troisième est la prise en compte des enjeux, plus particulièrement des barrières et des facilitateurs que rencontrent les différentes parties prenantes (patients et professionnels de santé) vis-à-vis de cette démarche de déprescription ou de réduction de prescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs.

1.2 Le sommeil, un besoin vital

Rappelez-vous l'autre soir, vous tourniez et retourniez dans votre lit, sans parvenir à trouver le sommeil. Vous aviez beau compter les moutons ou faire des exercices de respiration, rien n'y faisait. Dans ces moments de grande solitude où Morphée se refuse à nous offrir ses bras, certains souhaiteraient une « pilule magique » qui les endort jusqu'au lendemain. Dormir, un si grand défi pour

certain. Et pourtant, une priorité. C’est en 1970 que Abraham Maslow édifie sa théorie pyramidale sur les hiérarchies des besoins fondamentaux. Ainsi, les besoins à la base de la pyramide doivent être comblés avant les besoins supérieurs (16, 17). La figure 1 reprend cette pyramide des besoins fondamentaux, avec à sa base le socle des besoins physiologiques, définis comme étant indispensables à la survie de l’individu. Le sommeil fait partie intégrante de ce socle prioritaire et nécessaire à la vie.

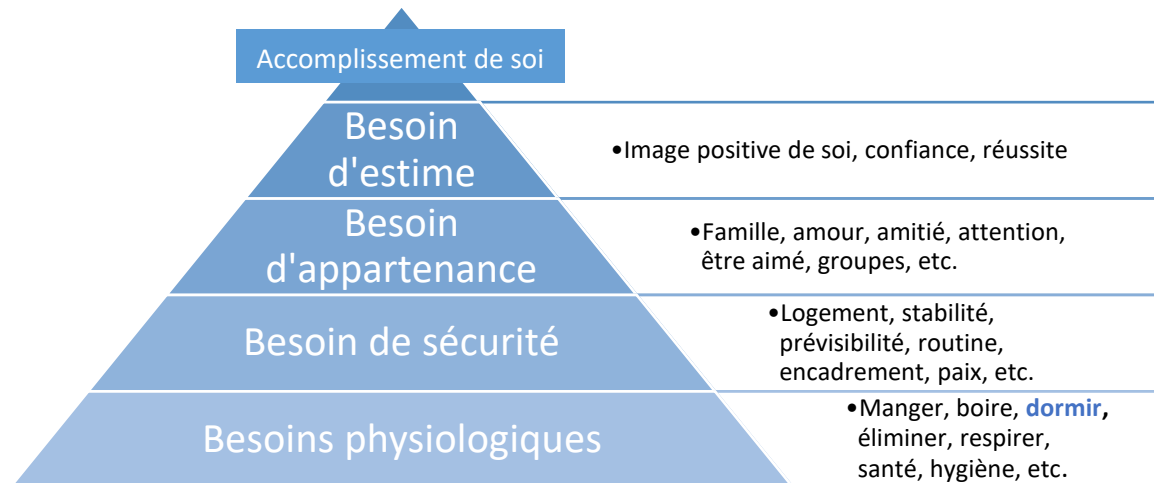


Figure 1 : Pyramide des besoins fondamentaux selon Abraham Maslow (1970)

1.3 Démographie des troubles du sommeil

En 2017, les troubles du sommeil concernaient 34,3% de la population suisse, tous âges confondus (1). Une grande disparité est observée tant entre cantons – avec en tête les cantons du Tessin (40.4%) et de Genève (40.2%), qu’entre sexe - 40.4% de la population féminine vs 28.0% de la population masculine -, et entre les différentes tranches d’âges (Figure 2). En effet, les troubles du sommeil semblent augmenter avec l’âge et concerne 28.7% des 13-34 ans, 30.3% des 35-49 ans, 39.1% des 50-64 ans. Chez les patients de 65 ans et plus, 41.2% de la tranche d’âge souffrirait de trouble du sommeil, avec une baisse de près de 10% ces 5 dernières années.

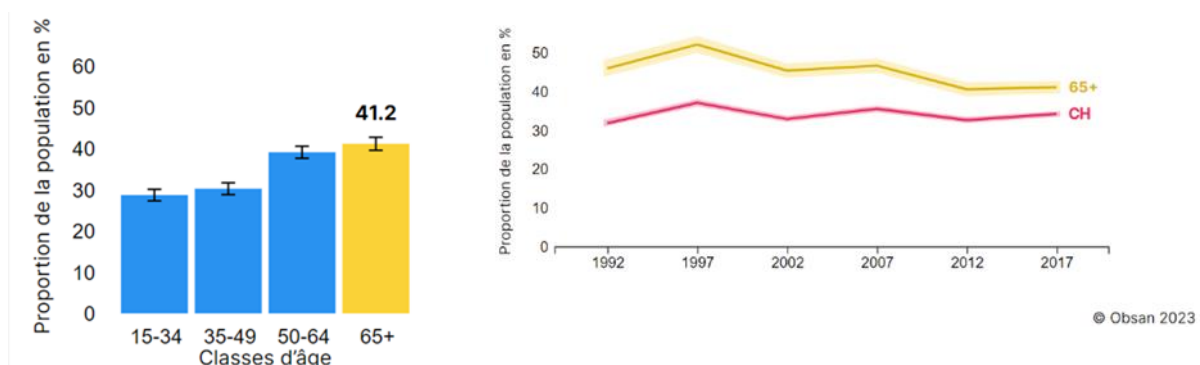


Figure 2 : Répartition de troubles du sommeil en Suisse, selon les tranches d’âge (IC :95%), reproduit de (1)

1.4 Démographie de la consommation de benzodiazépines

Mais qu'en est-il des benzodiazépines, classe de médicaments la plus prescrite en Suisse ? L'observatoire suisse de la santé (OBSAN) suit depuis 2015 la consommation de benzodiazépines en Suisse (Figure 3). Pour cela, il utilise la dose quotidienne définie (DDD), qui correspond à «la dose quotidienne moyenne supposée d'un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte ».

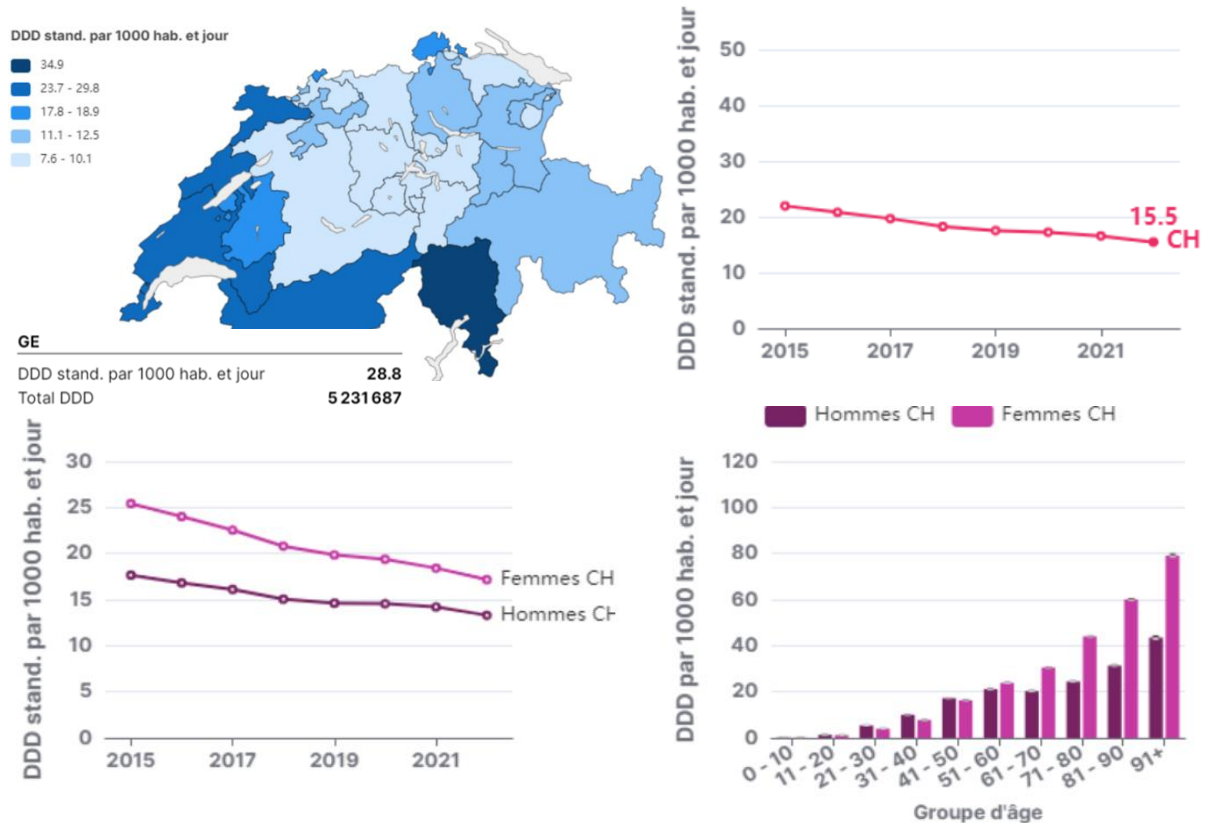


Figure 3 : Démographie et évolution de la consommation de benzodiazépines entre 2015 et 2022, reproduit de (6, 7)

La consommation de benzodiazépines a diminué de près de 25% ces 7 dernières années(6). En effet, elle est passée de 21.9 DDD pour 1000 habitants par jour en 2015 à 15.5 en 2022. Celle-ci suit les tendances des troubles du sommeil, avec une consommation plus élevée dans le Tessin (34.9 DDD par 1000 habitants par jour) au Jura (29.8 DDD par 1000 habitants par jour) et à Genève (28.8 DDD par 1000 habitants par jour). On observe également une disparité entre sexe, avec une consommation de 17.2 DDD par 1000 habitants par jour chez les femmes, contre 13.3 DDD par 1000 habitants par jour chez les hommes. La consommation croît également avec l'âge. En effet, pour la tranche d'âge 61-70 ans, celle-ci est de 30.5 DDD par 1000 habitants par jour chez les femmes et 20.3 DDD par 1000 habitants par jour chez les hommes. Et atteint 79.1 DDD par 1000 habitants par jour chez les femmes et 43.5 DDD par 1000 habitants par jour chez les hommes, chez les plus de 91 ans.

1.5 Mécanismes physiologiques du sommeil

En 1979, A. Borbely propose le **Modèle à deux processus** qui suggère que le bon fonctionnement du système veille-sommeil dépend de deux processus suivants (figure 4) ((18, 19)) :

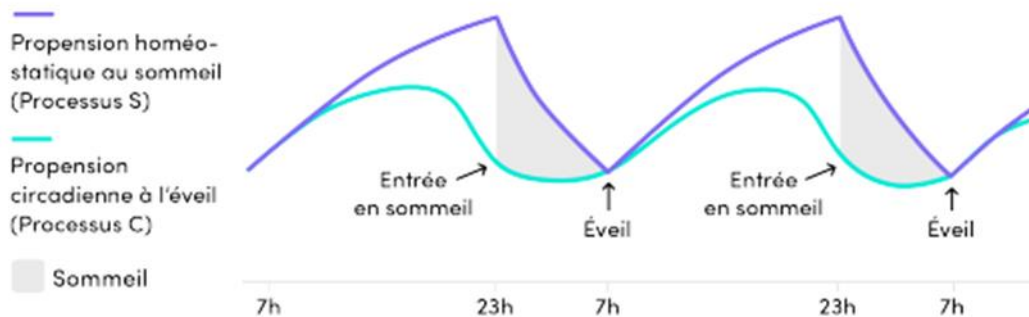


Figure 4 : Système à deux processus, selon Borbely, issu de (4)

- Le rythme « homéostatique » ou processus S : correspond à la pression de sommeil accumulée durant la journée et dépend donc aussi des rythmes sociaux, tenant compte des horaires de repas, horaires de loisirs et horaires de travail.
- Le rythme circadien ou processus C : le terme « circadien » vient des termes latins « circa », qui signifie proche et « die », qui signifie jour. En effet, ce rythme endogène se calque sur une journée de 24 heures, grâce à une horloge interne centrale, située dans les noyaux suprachiasmatiques (NSC) de l'hypothalamus (figure 5).

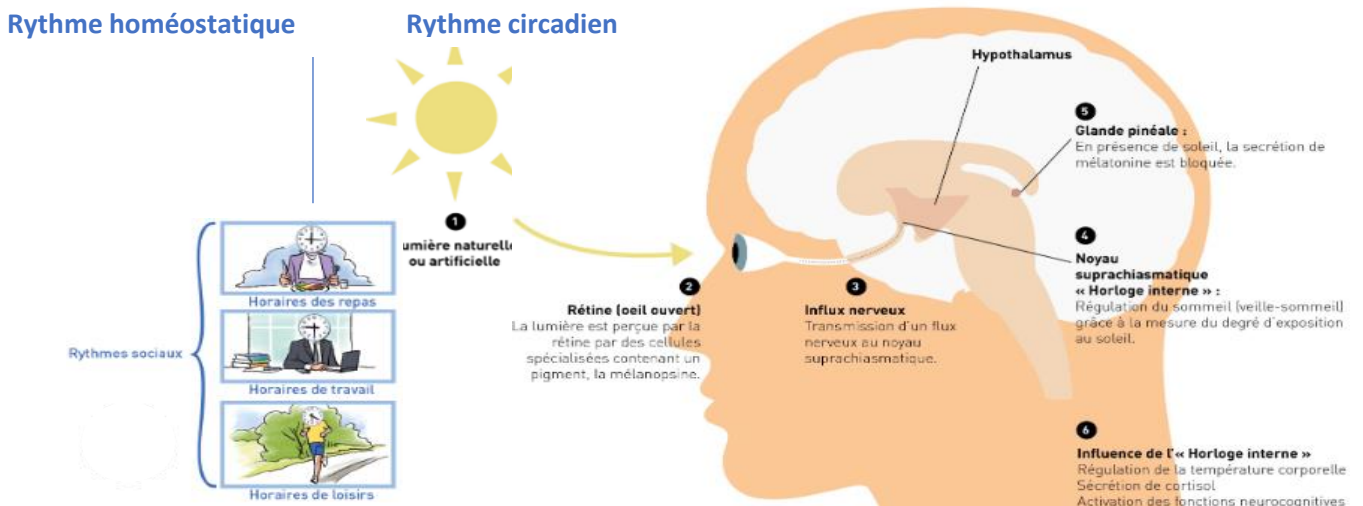


Figure 5 : Rythme homéostatique et rythme circadien, reproduit de (2)

Celle-ci se resynchronise en permanence sur un cycle de 24h grâce à de multiples agents extérieurs, dit « *donneurs de temps* » ou « *synchroniseurs* » : la lumière (le plus important), la température extérieure mais également les rythmes sociaux décrits plus haut. Ces donneurs de temps, à fortiori, la lumière, activent ainsi les NSC de l'hypothalamus qui bloque ainsi la sécrétion de mélatonine par la glande pinéale et stimule la sécrétion de cortisol par les glandes surrénales.

Outre le système veille/sommeil (V/S), de nombreuses fonctions de l'organisme sont régulées par cette horloge centrale qu'est le rythme circadien : la température corporelle, la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la production d'hormones, les capacités cognitives, l'humeur et la douleur.

Lorsque ce système est parfaitement synchronisé, on observe donc un rythme veille-sommeil sur 24h-25h. La période de sommeil est entrecoupée de 4-6 cycles d'environ 90 minutes, eux-mêmes composés des 4 stades d'endormissement décrits ci-dessous (figure 6) :

- Stade N1 ou Eveil-sommeil : phase d'endormissement qui se manifeste uniquement lors du premier cycle. Elle dure 5-10 minutes et se caractérise par une baisse de la température corporelle et des rêves. Le patient est facilement réveillable durant cette période.
- Stade N2 ou Sommeil lent léger : Se caractérise par une baisse de la tension de 20%. C'est la dernière période où le patient est encore facilement réveillable. Lors d'une sieste, il est conseillé de ne pas dépasser ce stade (max 30 minutes de sieste), afin de faciliter la sortie du sommeil. Il dure 20-30 minutes.

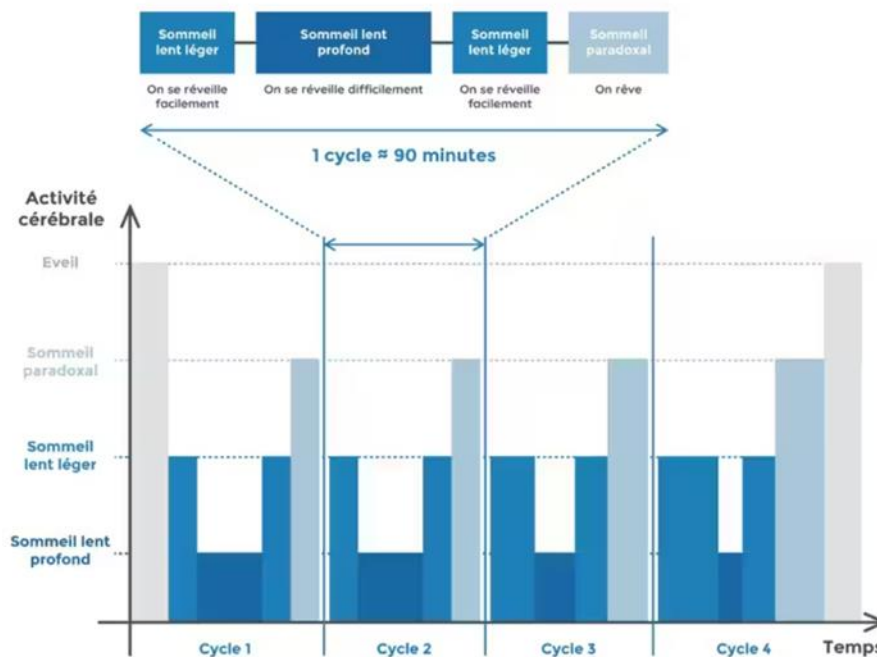


Figure 6 : Architecture du sommeil, reproduit de (3)

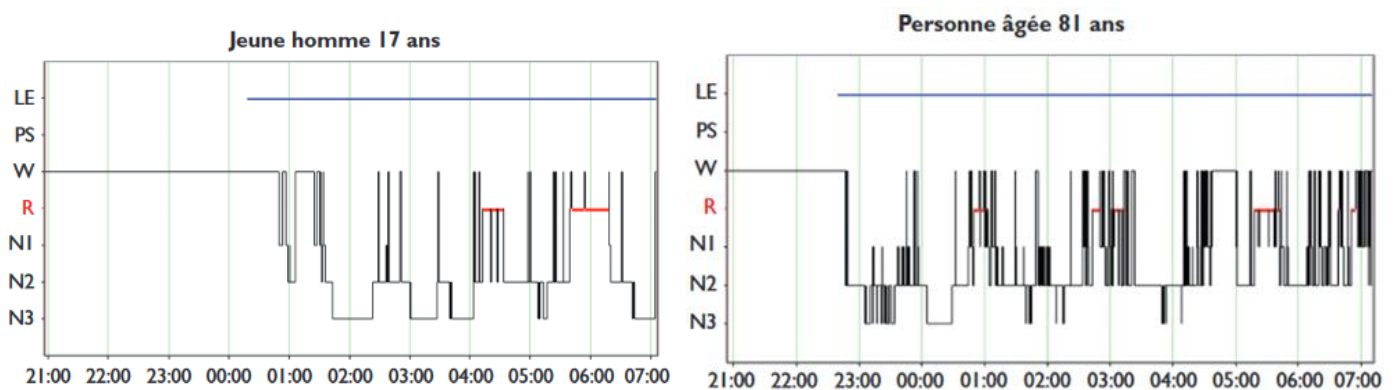
- Stade N3 ou Sommeil lent profond : peut se caractériser par une baisse de la tension musculaire et une activité de mémorisation déclarative (poèmes, discussions, ect.). Le patient est difficilement réveillable. Il dure environ 30 minutes.
- Stade REM (REM= rapide eye mouvement) ou sommeil paradoxal : se caractérise par une chute brutale de la tonicité musculaire et de rapidement mouvement oculaire, d'où le terme REM (Rapide eye mouvement)

1.6 Evolution du sommeil chez le sujet âgé

1.6.1 Evolution physiologique du sommeil chez le sujet âgé

Mais qu'en est-il chez le sujet âgé ? Chez le sujet âgé, l'architecture et la qualité du sommeil évolue par rapport à l'âge adulte. Cette évolution se fait selon plusieurs mécanismes.

Le premier est une diminution du sommeil lent profond (N3) et du sommeil REM avec l'âge, surtout en fin de nuit, comme exposé en figure 7 (20).



L'hypnogramme de droite (sujet âgé) montre l'avance de phase (2h), la fragmentation accrue du sommeil, et une diminution de la durée du sommeil N3 (lent profond) par rapport au sujet jeune. LE : lumières éteintes ; PS : pas scorés ; W : veille ; R : sommeil REM ; N1, N2, N3 : sommeil non REM. (Iconographie fournie par le Laboratoire du sommeil, Hôpital Belle-Idée).

Figure 7 : Différence d'hypnogramme entre un patient jeune et un patient âgé, reproduit de (5)

Le sommeil est ainsi plus léger, ce qui entraîne des réveils nocturnes fréquents et donc une fragmentation du sommeil (21). Ces interruptions sont en outre plus longues chez le sujet âgé.

Le deuxième mécanisme consiste en une durée d'endormissement rallongée chez le sujet âgé. Celle-ci serait de 45 minutes après 80, versus 30 minutes avant 50 ans (5).

Le troisième mécanisme implique le besoin de sommeil est réparti différemment dans un cycle de 24 heures, avec des siestes parfois plus fréquentes ou plus longues au détriment du sommeil nocturne.

Ainsi, selon plusieurs sources, le sujet âgé passerait plus de temps au lit que le reste de la population mais dormirait moins longtemps (5). Une étude réalisée en 2000 a ainsi retrouvé une réduction du temps de sommeil d'environ 27 minutes par décennie entre 40 et 80 ans (22).

Le quatrième mécanisme est ce qu'on appelle une avance de phase du sommeil, c'est-à-dire un coucher plus prompt de la personne âgée dans la soirée, ce qui entraîne un réveil précoce en fin de nuit (21). L'origine de ce phénomène serait neurobiologique, puisqu'on observe une réduction continue et progressive de la sécrétion de mélatonine qui diminue, avec l'âge. Cette altération du rythme circadien serait due soit via une perturbation de l'horloge interne (Noyau supra-chiasmatisque), soit via une réduction de l'exposition aux synchroniseurs externes cités plus haut (lumière, température, activité physique, ect.) (23).

Enfin, 2,5 à 6,6% de la population gériatrique serait sujet au syndrome vespéral ou crépusculaire, c'est-à-dire à (24). aggravation des symptômes neurodégénératifs ou psychiatriques en début de soirée ou durant la nuit (25). Il peut être d'origine environnementale, psychiatrique, neuroendocrinien, via une augmentation de la sécrétion de cortisol ou, comme l'avancée de phase, neurobiologique, via une réduction accrue du taux de mélatonine. Ces deux derniers mécanismes, neurobiologique et neuroendocrine, sont davantage marqués chez les patients présentant une démence neurodégénérative, y inclus Alzheimer (24, 26)

Ces mécanismes physiopathologiques du sommeil chez le sujet âgé justifient l'intégration de l'insomnie dans le panel de syndromes gériatriques.

1.6.2 Evolution des troubles du sommeil, selon les syndromes gériatriques

Mais les autres syndromes gériatriques doivent également être pris en compte lors de la gestion des troubles du sommeil chez le patient âgé. Les principaux sont :

1. Intellectuel impairment (troubles cognitifs, y inclus démence et délirium) :

En effet, 25 à 40 % des patients présentant des troubles cognitifs légers souffriraient également de troubles du sommeil(5). Les démences plus avancées, tel que la maladie d'Alzheimer, occasionnent une déstructuration du sommeil durant la journée provoquant un dérèglement du système veille/sommeil, aussi appelé inversion jour/nuit. Tout comme l'avance de phase, ceci serait dû à une altération des noyaux suprachiasmatisques de l'hypothalamus ou à une exposition aux « synchroniseurs externes » décroissante avec l'âge (5, 19).

Des irrégularités du sommeil REM sont par ailleurs observées dans les démences à corps de Lewy et dans 30% des maladies de parkinson.

2. Isolation (isolement):

L'isolement favorisant l'apparition d'une dépression qui peut, être à l'origine d'insomnies. Cette relation entre dépression et insomnies sera rediscutée dans le chapitre « Insomnies et comorbidités associées »(27).

3. Incontinence (urinaire et fécale) :

Noguchi et al. ont retrouvé un risque de chute entre 1.3 et 1.7 fois plus important chez les patients souffrant d'incontinence urinaire par rapport au reste de la population. Cette étude n'incluait cependant que des patients gériatriques de sexe masculin. Une revue systématique de la littérature plus ancienne avait trouvé des résultats similaires avec un risque de chute multiplié de 1.5.

4. Impecunitiy (pauvreté, maltraitance) :

La pauvreté peut être source d'angoisse pour la population gériatrique. En 2019, une analyse rétrospective (N=1693) a mesurer, chez les patient exposé à la pauvreté depuis 5 ans ou plus, une augmentation significative de la durée de sommeil (OR 2.7 (1.5-4.9; IC 95%), mais aussi de la durée du sommeil (OR 2.2 (1.4-3.5; IC 95%) (28). La moyenne d'âge était de 68.9 ans chez cette population.

Cependant la plus grande cause des troubles du sommeil chez le sujet âgé réside dans les comorbidités psychiatriques ou somatiques, ainsi que dans la polymédication (20, 29). Ces derniers constituent également des facteurs aggravant les syndromes gériatriques. La polymédication croît avec l'âge, puisque, selon une étude réalisée dans le canton de Vaud, elle concernerait 18% des patients de 69-74 ans contre 38% des patients âgés de 85 ans et plus.

Les comorbidités et les polymédications les plus fréquentes associées aux troubles du sommeil seront détaillées dans le chapitre suivant.

1.7 Recommandations de gestion des troubles du sommeil

Afin d'appréhender les troubles du sommeil et de proposer une gestion adéquate, il convient de tenir compte de quatre paramètres :

1. Le profil du patient, c'est-à-dire le degré d'évolution des troubles du sommeil lié à l'âge, la présence ou non d'éléments évoquant un syndrome gériatrique ou un syndrome vespéral discuté dans le paragraphe précédent.
2. Classification des troubles du sommeil : diagnostics différentiels de l'insomnie
3. Les traitements en cause
4. Les comorbidités associées

Définir ces quatre paramètres permettra de comprendre l'étiologie du trouble et de sélectionner la gestion la plus adéquate pour le patient et sa pathologie. Le premier paramètre a été abordé dans le paragraphe précédent. Le second paramètre, doit permettre de distinguer l'insomnie des autres troubles du sommeil. Dans le cadre de cette recherche de littérature, les traitements et comorbidités associées aux les troubles du sommeil autres que l'insomnie, ainsi que les traitements à privilégier ont directement été discutés dans le paragraphe suivant. La gestion de l'insomnie avec revue des traitements et comorbidités associés est ensuite brièvement discutée.

1.7.1 Classification des troubles du sommeil : diagnostics différentiels de l'insomnie

Ainsi, une fois le profil du patient établi, la seconde étape de la gestion des troubles du sommeil passe par une compréhension de la classification. L'American Academy of Sleep Medicine (AASM) propose 6 types différents de troubles du sommeil (article) :

1. L'insomnie : Selon les DSM-V, elle se caractérise par une difficulté à initier ou maintenir le sommeil ou à un réveil précoce, chacun de plus de 30 minutes. Elle doit se produire au moins 3 fois par semaine durant minimum 1 mois. Elle est dite épisodique si elle dure 1 à 3 mois et chronique, si elle dure plus de 3 mois. Elle constitue la classe la plus prévalente des troubles du sommeil puisqu'elle concernerait entre 23 et 35 % des patients de plus de 65 ans (5).
2. Troubles du rythme circadien : peut-être de type retard de phase (coucher tardif-lever tardif) ou avancée de phase (coucher précoce-réveil précoce). Cela a été énoncé plus haut, la population gériatrique est particulièrement touchée par l'avancée de phase : jusqu'à 7% de ce groupe de population (5).
3. Troubles respiratoires du sommeil : se caractérisent par une respiration anormale ou des pauses respiratoires, appelées apnées et une ventilation insuffisante durant le sommeil (30). Une apnée constitue une pause dans la respiration pendant minimum 10 secondes. Selon une étude réalisée en 2015 à Lausanne (n=2121), ces troubles concerneraient 23.4% des femmes (IC 95% 20.9–26.0) et 49.7 % des hommes (IC 95% : 46.6-52.8) (30, 31). Il en existe 3 types.
4. Troubles centraux d'hypersomnolence ou narcolepsie : se caractérise par un sommeil diurne excessif. Elle concernerait 3-5 personnes sur 100.000 en Suisse et aux Etats-Unis (32, 33). Elle peut s'accompagner ou non de cataplexie, c'est-à-dire de chute brutale du tonus musculaire qui dure au minimum quelques minutes (34).
5. Mouvements anormaux du sommeil : comprend entre autres le syndrome des jambes sans repos et le bruxisme, des crampes nocturnes, ou les mouvements périodiques des membres (MPM). Ces derniers consistent en des mouvements rythmiques qui durent entre 5 à 90 secondes et entraînent des microréveils qui altèrent la qualité du sommeil. Cette pathologie concernerait plus de 45 % des plus de 65 ans (5).
6. Parasomnies : sont compris dans ce type de pathologie le somnambulisme, les terreurs nocturnes et les cauchemars. Certains traitements favorisent le risque de cauchemars, c'est le cas des bêtabloquants, des agonistes dopaminergiques et de la quétiapine (35). Un simple arrêt du traitement incriminé permet une réduction, voire une disparition des symptômes.

Afin de diagnostiquer ces différents types de troubles, quatre mesures diagnostiques existent :

1. Le questionnaire auprès de proches ou du patient tel que proposé par Perivier et al. dans la figure 8, qui investigate les éléments principaux : l'hygiène de sommeil, les réveils nocturnes, le comportement pré-coucher, les stratégies compensatoires, la consommation de substance, le retour du conjoint, ect.

<p>1. Evaluation de la qualité et de la quantité de sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des difficultés à vous endormir au coucher ? • A quelle heure vous couchez-vous et vous levez-vous ? • Vous réveillez-vous la nuit et si oui combien de fois ? • Si vous vous réveillez la nuit, avez-vous des difficultés à vous rendormir ? • Quelle durée ont vos réveils nocturnes ? • Vous sentez-vous somnolent ou fatigué dans la journée ? • Depuis combien de temps durent ces troubles ? • Quelle quantité de sommeil vous faut-il pour vous sentir bien et fonctionner normalement dans la journée ? • Faites-vous une ou plusieurs siestes dans la journée ? De quelle durée ? 	<p>3. Recherche d'une cause</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous subi une perte personnelle récemment ? • Avez-vous des douleurs ou souffrez-vous d'essoufflement la nuit ? • Vous sentez-vous triste ou anxieux ? • Avez-vous des douleurs ou des difficultés à respirer la nuit ? • Votre conjoint(e) rapporte-t-il que vous donnez des coups de pied quand vous dormez ? • Votre conjoint(e) a-t-il noté des ronflements ou des apnées nocturnes ? • Vous réveillez-vous en manquant d'air ? Transpirez-vous couramment la nuit ? • Avez-vous des céphalées matinales ? • Allez-vous fréquemment uriner la nuit ? • Avez-vous des impatiences dans les jambes la nuit ou avez-vous des sensations d'inconfort dans les jambes au repos ou la nuit ? Ressentez-vous le besoin de bouger les jambes quand vous êtes au repos ou couché ?
<p>2. Evaluation de l'hygiène du sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faites-vous quotidiennement une activité physique ou de l'exercice et dans quelle proportion et à quelle heure ? • La journée, vous exposez-vous à la lumière naturelle extérieure ? • Consommez-vous de la caféine ou de l'alcool régulièrement ? Le jour et/ou la nuit ? • Prenez-vous un traitement pour vous aider à dormir ? 	

Figure 8 : Exemple de questionnaire utilisé pour évaluer les troubles du sommeil chez une personne âgée. Reproduit de (5)

2. La rédaction d'un journal du sommeil rassemblant toutes les informations concernant les habitudes quotidiennes du sommeil. Il permet de rendre compte des irrégularités et des potentiels barrières-facilitateurs rencontrés durant la journée. Il permet également la mesure de l'efficacité du sommeil, qui correspond au pourcentage de la durée totale du sommeil par rapport au temps passé au lit.

$$\text{Efficacité du sommeil (\%)} = \frac{\text{Durée totale du sommeil (h)}}{\text{Temps passé au lit (h)}} \cdot 100$$

Lorsque les deux premières méthodes diagnostiques ne suffisent pas à comprendre l'origine du trouble ou si un syndrome d'apnée obstructive ou central du sommeil est envisagé, une consultation chez un spécialiste du sommeil peut être proposée au patient. Celui-ci pourra proposer les deux mesure diagnostiques suivantes.

3. Une polysomnographie qui permet de visualiser mesurer plusieurs paramètres en parallèles : cérébraux (électroencéphalogramme), cardiaques (électrocardiogramme) mais aussi musculaires (électromyogramme), l'oxymétrie, c'est-à-dire le niveau en oxygène et oculaires (électro-oculogramme) (36).
4. Un actimètre, petit appareil portable permet de mesurer les habitudes de sommeil grâce à l'enregistrement des mouvements sur une plus longue période (14 jours). Cela permet de confirmer une inversion jour/nuit (37).

1.7.2 Gestion de l'insomnie

Une fois les autres troubles du sommeil écartés, et le diagnostic d'insomnie posé selon le DSM-V, il convient de suivre les recommandations européennes publiée en 2017 par (38). Celles-ci ont par ailleurs été mise à jour le 28 novembre 2023 (39). L'organigramme de gestion de l'insomnie proposé par celles-ci est présenté en figure 9.

Parmi les 4 paramètres décrits dans la gestion globale des troubles du sommeil, 3 doivent être également pris en compte dans la gestion de l'insomnie : le profil patient, les traitements associés et comorbidités associées.

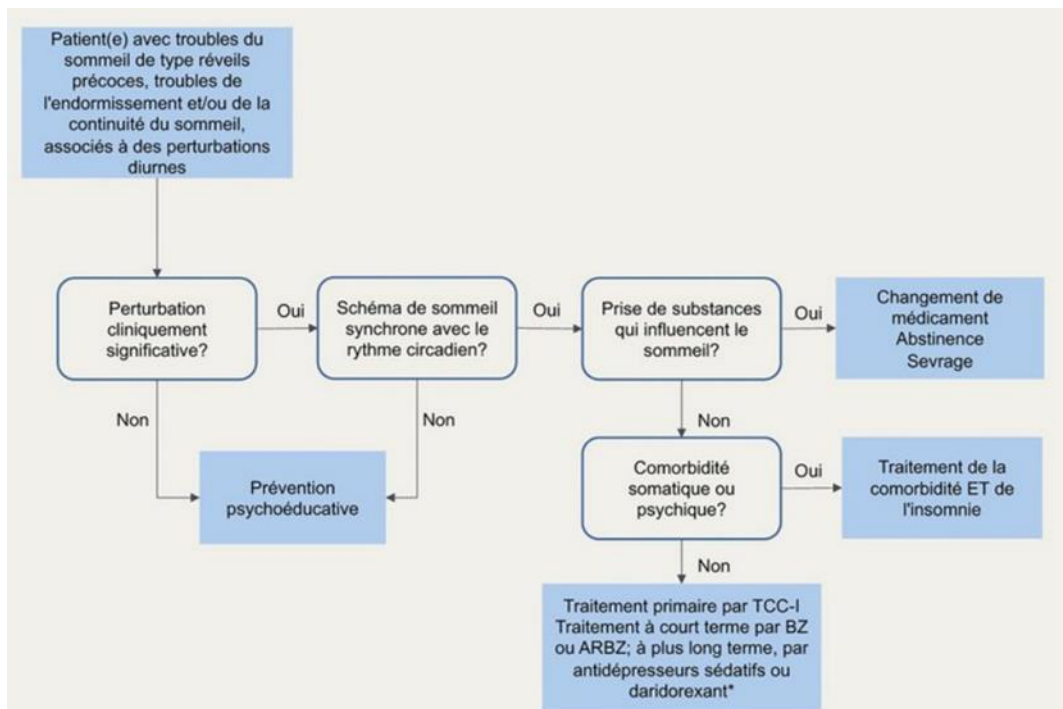


Figure 9 : Recommandation européennes de gestion de l'insomnie

1.7.2.1 Insomnie et traitements associés

Le tableau 1 reprend les différents traitements ou substances pouvant provoquer ou aggraver des insomnies, ainsi que le mécanisme associé. Le sevrage des benzodiazépines a été repris dans ce tableau car il constitue une des plainte fréquente associé aux insomnies liées au médicaments (40). Une prise en charge de la problématique est proposée dans la troisième colonne.

Tableau 1 : Exemples de traitements perturbateurs du sommeil adapté (35, 40)

Substances	Mécanisme	Prise en charge
Corticostéroïdes	Psychostimulant	Prise unique le matin si possible Sinon, administration le plus loin possible du coucher Réduction de dose
Méthylphénidate	Psychostimulant	Administration le plus loin possible du coucher Réduction de dose Envisager formulation à libération plus courte
Opiïdes	Fragmentation du sommeil et réveils nocturnes Hypoxémiantes : Augmente également le risque de syndrome d'apnée du sommeil	Arrêt ou réduction si possible Polysomnographie pour diagnostiquer un éventuel syndrome d'apnée du sommeil Arrêt ou réduction des autres substances hypoxémiantes (benzodiazépines, alcool)
Sympathomimétiques Ephédrine et pseudoéphédrine	Stimulation du système nerveux autonome sympathique	Arrêt ou réduction si possible
AINS	Inhibe la sécrétion de la mélatonine	Arrêt ou réduction si possible
Bêtabloquant	Inhibe la sécrétion de la mélatonine Augmente également le risque de cauchemars (parasomnie)	Arrêt ou réduction si possible
Sevrage des benzodiazépines	Sevrage	Syndrome de sevrage : Effet rebond de l'insomnie, avec cauchemars
Diurétiques, laxatifs	Polyurie nocturne ou incontinence fécale	Prise unique le matin si possible Sinon, administration le plus loin possible du coucher
Antidépresseurs stimulants Fluoxétine, bupropion	Suppression de la phase REM du sommeil	Prise unique le matin Switcher sur un antidépresseur plus sédatif (trazodone, mirtazapine, miansérine) Effet stimulant souvent transitoire : un hypnotique à courte T1/2 peut être posé avec fixation d'une date de fin (max 4 semaines)
Café, thé, nicotine,	Excitant	Eviter 4 à 6 heures avant le coucher
Alcool	Excitant Fragmentation du sommeil en 2 ^{ème} partie de nuit	Eviter 4 à 6 heures avant le coucher

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; REM : Rapid Eye Movement ; T1/2 ou durée d'action courte

1.7.2.2 Insomnie et comorbidités associées

Les insomnies comorbides concerneraient en effet 83% des insomnies du sujet âgé (20, 29).

Nombreuses d'entre elles ont été discutées dans les paragraphes précédents à l'instar de la démence ou de l'incontinence urinaire (vessie hyperactive) discutées parmi les syndromes gériatriques. Les troubles cardiaques, y compris l'hypertension mais aussi le diabète, ont quant à eux été mentionnés dans les troubles respiratoires du sommeil. D'autres n'ont pas encore été abordées : l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le reflux gastro-oesophagien, l'hyperthyroïdie et surtout la douleur (41).

Douleur

En 2018, J.L. Mathias a publié une méta-analyse observant au travers d'analyses polysomnographiques, une augmentation significative du retard de phase, une réduction significative du temps de sommeil léger et une prévalence de 44% de troubles du sommeil chez les patients chroniques (42). En 2023, la méta-analyse de E. Andersson (n=397) a par ailleurs observé avec une fiable évidence que l'utilisation de médicaments pour le sommeil, et notamment la mélatonine, permettait une réduction significative de la douleur de la douleur (SMD -0.58 [IC95% :-1.00, -0.17], P = 0.006) (43).

Outre les comorbidités somatiques évoquées, de nombreuses comorbidités psychiatriques sont associées à l'insomnie. Parmi les patients souffrant d'insomnie, 24% souffriraient d'anxiété, 14% souffriraient de dépression et 9% souffriraient d'autres troubles thymiques (44). Pour ces pathologies le lien de cause à effet est bien difficile à établir.

Anxiété

Selon une méta-analyse incluant six études observationnelles, la présence d'une insomnie multiplie par trois le risque de développer de l'anxiété (Odds ratio : 3.2).

Dépression

Selon l'American Psychiatric association, 90 % des patients souffrant de dépression majeure manifestent une insomnie (45). L'insomnie fait partie des 9 critères de diagnostic de la dépression majeure selon le DSM-V : 5 critères sur 9 doivent être remplis pour poser le diagnostic.

Lorsque l'insomnie est associée à une comorbidité, celle-ci doit être adressée et traitée en priorité, en complémentarité d'une bonne hygiène de sommeil et avant d'instaurer un traitement pharmacologique d'emblée. Néanmoins, la prise en charge de la comorbidité ne garantit pas la dissipation de l'insomnie. Par exemple, 44 % des patients souffrant de dépression majeure continuent d'éprouver des troubles du sommeil après une prise en charge efficace du trouble dépressif (46). Mais ce résultat tient compte de tous les troubles du sommeil confondus, pas uniquement de l'insomnie. Si le trouble primaire est psychiatrique, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut également porter ses fruits (35).

1.7.3 Algorithme de traitement de l'insomnie

L'algorithme de prise en charge thérapeutique de l'insomnie chez le sujet âgé est présenté en tableau 2. La couleur de la première colonne, allant du vert foncé au rouge, représente l'innocuité relative du traitement analysé. Tous les traitements listés en orange ou en rouge sont à réduire un maximum dans la gestion de l'insomnie. Ainsi, avant toute instauration de traitement, il convient de vérifier l'instauration d'une bonne hygiène de sommeil. Ensuite, le 1^{er} traitement à envisager, avant

l'instauration de traitements pharmacologiques, est la thérapie cognitivo-comportementale peut être proposée. Ensuite, les sources varient sur le premier traitement pharmacologique à instaurer, entre la valériane et la mélatonine (47). Le choix de la molécule dépendra du type de trouble du sommeil – la mélatonine est plus efficace pour le jet lag, le retard de phase, etc), de l'ampleur du trouble et de la nécessité d'un remboursement (47). Si l'efficacité de la valériane est variable, plusieurs revues systématiques et méta-analyses (48) s'accordent sur l'absence d'effets indésirables graves (49, 50). La daridorexant, disponible depuis juin 2023 en Suisse, peut également être proposé. Cet antagoniste des récepteurs de l'orexine aurait un rapport bénéfice/risque favorable avec une augmentation de la durée du sommeil et d'une amélioration du fonctionnement diurne sans effets indésirables graves (51). Lorsqu'une dépression est associée à une insomnie, un antidépresseur sédatif peut être envisagé. La trazodone est la molécule la plus étudiée et présente un rapport bénéfice/risque favorable contre l'insomnie, notamment lorsque celle-ci est associée à une dépression ou un stress post-traumatique (52). Le principal effet indésirable, la somnolence, étant dose-dépendante, la dose la plus faible est à privilégier. Pour autant, elle ne présenterait pas d'effet antidépresseur en dessous d'une dose de 150 mg (53).

Bien que très largement prescrites pour traiter divers troubles neuro-psychiatriques, le rapport d'efficacité versus effets indésirables des benzodiazépines serait faible en début de traitement et défavorable dès la quatrième semaine de traitement (21). En effet, leur efficacité dans le traitement de l'insomnie diminuerait au cours du temps, sans réduction des effets indésirables. Pour cette raison, la Haute autorité de santé (HAS) suggère une durée maximale de traitement de 28 jours.

Tableau 2 : L'algorithme de prise en charge de l'insomnie chez le sujet âgé, adapté de (39, 40).

Niveau d'innocuité	Traitement	Indication en Suisse / Remboursé	Commentaires
	Hygiène du sommeil	Oui/N/A	1 ^{er} choix Activité diurne accrue, Exposition soleil ou lumière, réduction boissons stimulantes, réduire boissons dès 18h, éviter activité stimulante au lit (écrans, lecture), rituel de coucher (heure fixe, relaxation,...)
	Thérapie cognitivo-comportementale	Oui/Partiel	1 ^{er} choix Efficacité avérée tant pour l'insomnie que pour les comorbidités associées
	Mélatonine (Circadin) 2 mg	Oui/Non	1 à 2h avant le coucher Efficacité débattue Effet positif sur le temps d'endormissement chez les patients gériatriques
	Phytothérapie Valériane, mélisse (Valverde, Redormin, Relaxane)	Oui/Oui	Efficacité incertaine, essentiellement due à l'effet placebo. Peu ou pas d'effets indésirables
	Antagonistes de l'orexine Daridorexant (Quviviq) 25 à 50 mg	Oui/Non	30 minutes avant coucher Efficacité semble bonne mais peu d'études à ce jour (traitement récent) Durée de sommeil augmenté par rapport au placebo Amélioration de fonctionnement diurne Absence de somnolence diurne Pas d'effet rebond à l'arrêt
	Antidépresseurs à visée sédatrice Trazodone (Trittico et génériques) 25 à 50 mg Mirtazapine (Remeron et génériques) 7.5 mg à 15 mg max pour l'effet sédatif Miansérine (Miansérine et génériques) 15 mg	Non/Oui Non/Oui Non/Oui	 Trazodone : surveiller hypotension Mirtazapine : surveiller prise de poids Effet sédatif n'augmente pas avec la majoration de dose
	Clométhiazole (Distaneurin) 192 mg	Oui/Oui	Hypnotique atypique T1/2 courte (8h chez patients âgés) Effet sédatif moindre que les benzodiazépines à faible doses Effet rebond similaire aux benzodiazépines à l'arrêt Agirait directement sur les récepteurs GABA : flumazénil inefficace en cas de surdosage
	Benzodiazépines Oxazépam (Seresta, Anxiolit et génériques) 15 à 30 mg max Lorazépam (Temesta et génériques) 1 à 2,5 mg max	Oui/Oui Oui/Oui	Prise 30 minutes avant le coucher Jamais un 1 ^{er} choix dans le trouble de l'insomnie, surtout en gériatrie Réduction progressive de l'efficacité mais persistance des risques au cours du temps (54) Planifier l'arrêt du traitement dès l'instauration : max 4 semaines Syndrome de sevrage (anxiété, insomnie rebond, convulsions): arrêt brutal contre-indiqué. Effets indésirables : dépendance, tolérance, chutes, confusion, conduite de véhicule, baisse des performances cognitives, troubles de l'architecture du sommeil Les benzodiazépines à T1/2 longue ne sont pas indiquées dans le traitement de l'insomnie
	Z-drugs Zolpidem (Stilnox et génériques) 10 mg Zopiclone (Imovane et génériques) 7,5 mg	Oui/Oui Oui/Oui	Prise lors de la mise au lit Jamais un premier choix en gériatrie Planifier la période de prise dès l'instauration Pour insomnie aiguës ou d'adaptation (voyage, changement de lieu)
	Antihistaminiques Diphénhydramine Hydroxyzine	Non/Oui	Non recommandés Risque élevé d'hypotension orthostatique et de confusion Hydroxyzine : uniquement indiquée pour trouble anxieux et prurit.
	Antidépresseurs tricycliques à visée sédatrice : Amitriptyline	Non/Oui	Contre-indiquée en gériatrie Risque anticholinergique : constipation, bouche sèche, rétention urinaire, hypotension
	Agomélatine (Valdoxan) 25 à 50 mg	Non/Oui **	Prise 1-2h avant le coucher Test hépatiques à prévoir : risque de perturbation des valeurs hépatiques
	Quétiapine (Séroquel et génériques) 12.5 mg	Non/Oui	Rapport bénéfice risque défavorable dans le traitement de l'insomnie Efficacité avérée uniquement en cas de dépression bipolaire (300-600mg/J) Favoriserait les cauchemars
	Halopéridol	Non/Oui	Pas indiquée dans le traitement de l'insomnie

T1/2 : Demi-vie 120 points = Fr. 103.30 à Fr. 129.05 par trimestre

**Valdoxan : remboursé sauf pour les patients ≥ 65 ans qui n'en avaient pas avant

Les antipsychotiques sédatifs, principalement la quétiapine ne sont recommandés que lorsqu'une indication formelle à un traitement antipsychotique est posée. En effet, la littérature rapporte des effets bénéfiques de la quétiapine sur l'insomnie lorsqu'elle est prise pour une dépression bipolaire (300-600 mg/J) ou unipolaire (150-300 mg/J).

1.7.4 Déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs (HS)

Les traitements hypno-sédatifs repris en rouge dans le tableau précédent, et ceux qui ne sont pas repris tant le rapport bénéfice-risque est défavorable, sont particulièrement visés par le comportement étudié dans le cadre de cette étude : la **déprescription**. Les traitements pharmacologiques listés en vert seront cependant aussi analysés dans le cadre de cette étude.

Afin de garantir la sécurité des patients formulée par l'OMS, et selon les recommandations des différentes associations de gériatrie dans le monde, il est recommandé de « **ne pas utiliser les benzodiazépines ou hypno-sédatifs chez les patients âgés, en première ligne de traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délirium** ». Ainsi, la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs est vivement recommandée. En effet, comme repris par les SSMIG en préambule, ces molécules sont associées à de plus grand risque de chutes, de fractures, d'hospitalisations, de délirium, de démence et de mortalité (40). Et la société paye une lourde tribu pour la prise en charge de ces effets indésirables. Les coûts d'hospitalisations pour des chutes attribuables aux benzodiazépines et hypno-sédatifs ont ainsi été extrapolés à 1.8 milliards d'euros par an pour toute l'union européenne.

Mais qu'entend-t-on par « déprescription » ? Selon la définition proposée par Omedit, la déprescription est le terme utilisé pour définir le « processus, planifié et supervisé par un professionnel de santé, de retrait de médicaments dont les risques potentiels sont supérieurs aux bénéfices attendus, en vue d'une réduction de la polymédication et de ses conséquences » (55). Dans le cadre de cette étude, la déprescription se rapporte tant à l'interruption d'un produit qu'à la réduction de ce produit.

La déprescription constitue un grand challenge pour les professionnels de santé. De nombreuses stratégies de déprescription existent : conciliation médicamenteuse, programme d'éducation thérapeutique, substitution de traitement ou stratégie multimodale (56). Celles-ci ont été évaluées dans le cadre du programme BE-SAFE. Ce projet développé à l'échelle européenne. Ce programme BE-SAFE a réuni les différentes stratégies discutées dans la littérature et les a évaluées, selon trois niveaux de recommandation :

1. Niveau patient : « Chez les patients prenant des benzodiazépines pour des insomnies, proposer une déprescription plutôt que de continuer la prise en soin classique ». Cette affirmation est nuancée par BE-SAFE. La décision de déprescription dépend des « valeurs du patients et de ses préférences et de son profil clinique. Les patients polymédiqués ou à haut

risque de confusion ou de chutes sont plus susceptibles de prioriser l'interruption que des patients souffrant d'autres affections prioritaires.

2. 2^{ème} Niveau de recommandation : « Lors de l'implantation de stratégies de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour l'insomnie, proposer des interventions multimodales, plutôt qu'unimodales ». BE-SAFE tempèrent ces propos et suggèrent de privilégier des interventions unimodales, lorsque le coût humain ou financier des interventions multi-modales est défavorable.
3. 3^{ème} Niveau de recommandation :
 - a) « Lors de l'implantation de stratégies de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour l'insomnie, proposer une éducation thérapeutique au patient ». BE-SAFE rappelle que la faisabilité du programme d'éducation thérapeutique dépend du type, du format et du contenu choisi. Selon l'organisation, les taux de déprescription seraient surestimés et le taux d'abandon de déprescription serait quant à lui sous-estimé.
 - b) « Lors de l'implantation de stratégies de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour l'insomnie, proposer une formation pour les médecins ». BE-SAFE rappelle que la faisabilité du programme de formation dépend du type, du format et du contenu choisi. Certains contenus ne seraient en outre pas adaptés aux besoins ou au niveau de connaissances des médecins.
 - c) « Lors de l'implantation de stratégies de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour l'insomnie, proposer une réduction progressive ». BE-SAFE rappelle qu'une réduction progressive est plus efficace lorsqu'elle est intégrée dans une approche multimodale. Les problématiques de faisabilité seraient dues au temps nécessaire aux cliniciens pour réduire progressivement.
 - d) « Lors de l'implantation de stratégies de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour l'insomnie, proposer une thérapie cognitivo-comportementale ». Comme pour la réduction progressive, BE-SAFE rappelle qu'une thérapie cognitivo-comportementale est plus efficace lorsqu'elle est intégrée dans une approche multimodale.
 - e) « Lors de l'implantation de stratégies de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour l'insomnie, ne pas utiliser d'interventions pharmacologiques (y compris la mélatonine, et ramelteon) ». BE-SAFE rappelle qu'aucune des molécules étudiées lors d'essais randomisés pour soutenir la réduction progressive n'a apporté de bénéfice dans cette démarche de déprescription.

CAVE : Tous les niveaux de recommandation cités de la littérature avaient un degré de recommandation FAIBLE.

Ces stratégies permettraient un taux d'arrêt de traitement allant de 27 à 80 % (57). Cependant, certaines questions restent sans réponse : Quelles stratégies sont le plus efficaces ? Lesquelles prioriser ? Comment les implanter dans la pratique hospitalière ? Comment les adapter à une institution universitaire ?

Pour tenter de répondre à ces questions et de définir les stratégies les plus efficaces à instaurer, il faut comprendre quels sont les facilitateurs et les barrières qui régulent cette démarche de déprescription. Différentes parties prenantes peuvent être impliquées dans cette démarche, chacune ayant de barrières et des facilitateurs qui lui sont propre : les médecins cadres, les médecins internes, les infirmiers, les pharmaciens, le patients et les proches (aidants ou non) du patient. Les autres professionnels de santé peuvent également avoir une influence dans cette démarche.

1.8 Méthodes d'analyses des barrières et facilitateurs

Plusieurs méthodes d'analyse des barrières et des facilitateurs existent dans la littérature.

Deux grands types de méthodes d'analyse existent dans la littérature. Les méthodes dites « simples », impliquant une collecte et une analyse de données soit qualitatives soit quantitatives. Les études mixtes sont quant à elle constituées de des deux types de collecte et d'analyse.

1.8.1 Méthode simple : analyse quantitative

L'analyse qualitative a pour objectif d'analyser de façon systématique des données numériques, afin d'établir des statistiques. Ce type d'analyse étant répandu dans la littérature, il ne sera pas détaillé dans le cadre de ce travail (58, 59).

1.8.2 Méthode simple : analyse qualitative

L'analyse qualitative a pour objectif d'analyser de façon systématique des données non numériques afin de rendre compte de façon structurée d'opinions, d'expériences ou de concepts.

La figure 10 présente les différents types de méthodes de collecte de données qualitatives existantes (59).

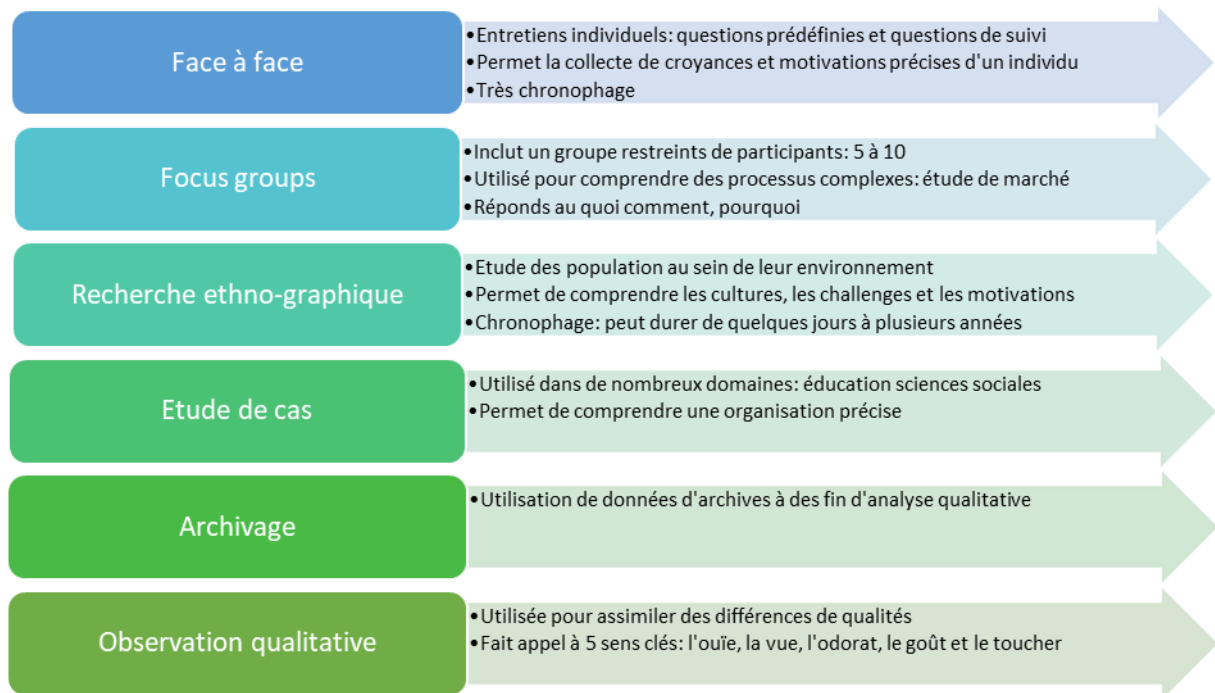


Figure 10 : Différents types de méthodes de collecte de données qualitatives :

De la collecte...

Dans la cadre de cette étude, les deux premières méthodes de collecte de données peuvent être envisagées pour comprendre le comportement étudié « la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs » : les entretiens individuels et les focus groups. Les entretiens individuels ont l'avantage de s'affranchir d'éventuels biais de désirabilité, c'est-à-dire d'une modification du discours pour plaire. Celui-ci peut être par exemple observé lors de focus-groups réunissant des parties prenantes liées par un lien hiérarchique (60). Dans le cadre de cette étude, l'approche de type semi-structurée sera privilégiée car elle présente un avantage redoutable : le recours à des questions ouvertes (33). Elle se caractérise par l'absence d'hypothèses préconçues à valider ou invalider, qui risqueraient de biaiser les résultats (34). Elle offre ainsi à l'intervenant la possibilité de lui-même ressortir les éléments qui lui semblent pertinents dans sa pratique. Cette extraction plus nuancée d'information, dessine un croquis plus élargi, mais aussi plus réaliste des barrières et des facilitateurs qui régissent la prise de décision et les comportements qui en découlent. En outre, les entretiens

Pour collecter les données du focus groups, il convient de partir d'observations hypothétiques puis de définir des guides d'entretiens qui serviront de feuilles de route. Ceux-ci peuvent être structurés, ne laissant place qu'à des réponses précises, ou semi-structurés, afin de permettre à l'interlocuteur de nuancer ces propos. Les données collectées lors des entretiens ou focus groups sont ensuite enregistrées et retranscrites en verbatims. Les verbatims sont des retranscriptions mot pour mot, selon les termes exacts, d'entretiens ou de focus-group (58).

... à l'analyse

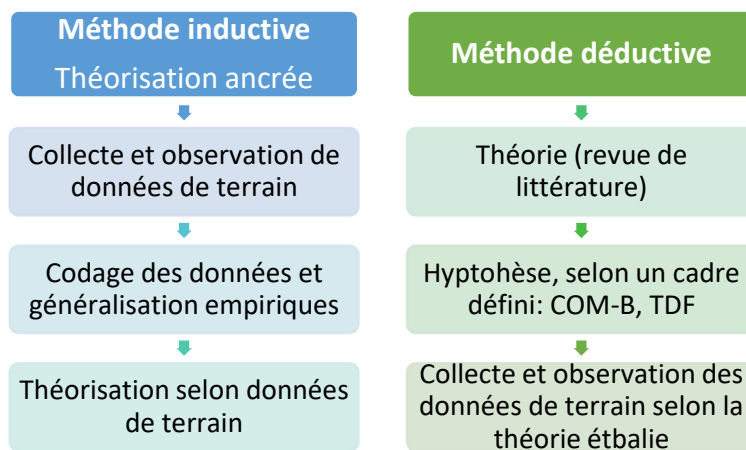
Ensuite, les données collectées pourront être analysées. Il existe trois méthodes principales d'analyse de recherche qualitative :

- Analyse inductive ou théorie ancrée (*grounded theory*) : méthode d'analyse par émergence de données. Elle se fait généralement en trois étapes. Le chercheur collecte d'abord les données brutes dans un format résumé. Il organise ensuite ces données brutes en catégories pour établir des liens entre celles-ci et l'hypothèse de recherche. La dernière étape consiste à développer un cadre de référence à partir des catégories émergentes des données brutes. Ce cadre construit spécifiquement pour l'étude servira de base pour développer une théorie basée sur les données récoltées. (61). Découlant de ce type d'analyse, la théorie ancrée (*grounded theory*), fondée en 1967 par Glaser & Strauss invite le chercheur à davantage d'allers-retours constants entre les données brutes et les catégories émergentes de celles-ci, afin de présenter des résultats le plus représentatifs possibles de la réalité observée sur le terrain (62). Cette méthode est particulièrement utilisée dans le milieu médical ou paramédical pour analyser une problématique de terrain (63).
- Analyse déductive : à l'inverse de l'analyse inductive, cette méthode d'analyse part d'une ou plusieurs hypothèses de recherche basées sur une théorie et un cadre existant. La validité de cette hypothèse préexistante est ensuite testée par la collecte de données, afin d'évaluer si celle-ci confirme ou réfute la théorie. Plusieurs cadres théoriques existent dans la littérature. Ils sont généralement fondés sur les théories comportementales présentées juste après. (64)
- Analyse qualitative mixte : enfin, une approche qualitative mixte est souvent utilisée pour partir d'un cadre théorique établi et les décomposer en thèmes construits selon une méthode inductive d'émergence de données du terrain (58).

CAVE : L'approche qualitative mixte est à distinguer de la méthode mixte qui rassemble des données qualitatives et quantitatives.

1.8.2.1 Théories comportementales

Les théories comportementales ont pour objectif de comprendre les processus psychologiques et structurels qui régulent les comportements humains (65) Elles établissent le cadre théorique permettant de comprendre les mécanismes de changements de comportements (figure 11).



TDF : Theoretical domain Framework ; COM-b : Behavioural capability, opportunity,

Figure 11 : Méthodes d'analyse qualitative

1.8.2.1.1 Cadres conceptuels théoriques

Tels des miroirs, elles reflètent ainsi les barrières et les facilitateurs à l'implantation du comportement étudié. Elles permettent ensuite d'identifier les contextes dans lesquels de potentielles interventions futures pourraient être efficaces pour modifier ces comportements (65). Parmi les théories comportementales existantes, deux sont fréquemment utilisées dans le domaine de la santé. La première, le Modèle COM-B, développé en 2011 par S. Michie, suggère que l'accomplissement d'un comportement dépend de trois éléments : la capacité (*Capability*) de réaliser le comportement, les opportunités (*Opportunity*) disponibles qui l'encouragent et la motivation (*motivation*) nécessaire pour accomplir ce comportement (*Behaviour*) (66). La seconde théorie comportementale est le *Theoretical domain framework (TDF)*, traduit littéralement par Cadre conceptuel de domaines théoriques. Initialement développé pour identifier les éléments qui influencent le comportement des professionnels de santé, ce modèle fournit une synthèse de 33 théories comportementales et de changements de comportement, regroupées en quatorze domaines (initialement douze domaines) (67, 68). Il est largement utilisé dans le domaine de la santé pour comprendre les barrières et les facilitateurs à un changement de comportement (69-71). Les quatorze domaines, associés au modèle COM-B, sont présentés et définis dans le tableau 3 (67). Les deux modèles sont en effet souvent combinés pour aider les professionnels de santé à appréhender les comportements individuels et concevoir des interventions plus efficaces pour promouvoir des changements de comportement ayant de réelles répercussions sur la sécurité des patients.

Tableau 3 : Domaines du cadre conceptuel de domaines théoriques (TDF), adapté de (68, 72)

COM-B	TDF	Définitions	Mots clés
CAPACITÉ	Connaissance	Conscience de l'existence de quelque chose, y inclus d'un raisonnement scientifique	Connaissance théorique, procédurale
	Compétences	Habilité acquise par la pratique	Formation pratique, développement de compétences
	Mémoire, attention et processus décisionnels	Habilité à retenir l'information, à se concentrer sur un point, à faire des choix et à prendre des décisions	Souvenir, mémoire prospective, automatismes, contrôle attentionnel, prise de décision
	Régulation comportementale	Gestion et modulation de comportement à l'aide d'interventions théoriques ou pratiques	Planification d'action, monitoring, alertes, modification d'habitudes
OPPORTUNITÉ	Contexte environnemental et ressources	Circonstances et situation d'une personnes qui influent sur son comportement	Ressource, matériel, environnement
	Influences sociales	Processus interpersonnels qui influencent les schémas de pensée et les comportements qui en découlent	Groupes sociaux, normes
MOTIVATION	Croyances sur les capacités	Acceptation de la réalité à propos des facilités ou aptitudes individuelles	Perception des compétences, efficacité personnelle
	Croyances sur les conséquences	Acceptation de la réalité sur les résultats dérivant d'un comportement	Résultat anticipé, regret, perception altérée, impact perçu
	Rôle professionnel et identité	Fonction remplie par quelqu'un, ensemble des comportements et tâches assignés dans un environnement professionnel CAVE : Dans le cadre de cette étude, cette rubrique s'étend également au rôle du patient dans sa propre prise en charge	Rôle social, identité professionnelle,
	Objectifs	Finalité qu'un individu souhaite atteindre	Objectifs, priorités
	Intention	Décision consciente d'effectuer un comportement particulier	Stabilité des plans, état du modèle de changement de comportement
	Renforcements	Expérience qui renforce les croyances Relation dépendante entre un stimulus et une réponse	Récompenses, , punition, expériences
	Emotions	Réaction d'un individu à un événement CAVE : L'anxiété sera analysée comme comorbidité dans contexte environnemental et ressources	Affect positif, négatif, crainte, stress, anxiété
	Optimisme	Confiance que les objectifs fixés seront atteints	Optimisme, pessimisme, optimisme surréaliste
Modèle COM-B : capacité (Capability), les opportunités (Opportunity), la motivation (motivation) - comportement (Behaviour)			

1.8.2.1.2 Questionnaires à destination des patients

Dans la littérature, il est fréquent de restreindre les TDF à l'analyse des entretiens de professionnels de santé. D'autres modèles, développés plus spécifiquement pour les patients, sont alors utilisés, à l'instar du questionnaire PATD, *Patients' attitudes towards deprescribing questionnaire*. Ce questionnaire structuré, développé spécifiquement pour étudier les états d'esprit et les attitudes des patients vis-à-vis de la déprescription, a été adapté plusieurs fois. Un premier rPATD, *revised Patients' attitudes towards deprescribing* destiné spécifiquement à la population gériatrique et à leurs soignants a été proposé par l'équipe de E. Reeve en 2016 (55). Plus récemment, l'équipe de C. Péteïn a présenté

un questionnaire visant à étudier les attitudes de la population gériatrique vis-à-vis de la déprescription de benzodiazépines (73). Les 13 items de ce questionnaire validé par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé (gériatres, pharmaciens, médecins traitants, et infirmiers) ont ensuite été testé auprès de 221 patients venant de Suisse (N=20), France (N=48) et Belgique (N=153). L'analyse psychométrique de tous les facteurs étudiés a montré une consistance interne acceptable (Coefficient de Cronbach : 0.68-0.74). Le coefficient de Cronbach est utilisé pour mesurer la cohérence interne de questions posées dans un questionnaire (74).

1.8.3 Méthodes mixtes

Les deux méthodes simples envisagées, qualitative et quantitative, peuvent également constituer deux pièces d'un même puzzle. On parlera alors de méthode mixte. Ainsi, selon Johnson et al., la méthode de recherche mixte est un type de recherche dans lequel des données qualitatives (QUAL) sont combinées à des données quantitatives (QUANT) dans le but d'élargir et d'approfondir la compréhension et la corroboration des résultats (75, 76).

Il en existe 4 types distincts (77):

- Parallèle convergent : les données quantitatives et qualitatives sont collectées et analysées en même temps mais de façon indépendante. Une fois les deux analyses terminées, les résultats sont comparés pour tirer des conclusions globales. En effet, il est d'usage, lors de la rédaction de ce type de méthode mixte, de décrire en parallèle les deux analyses qualitative et quantitative en décomposant chaque élément un à un pour les deux études (78). Ce design d'étude se rapporte essentiellement à des *Mixed Methods* dont la partie quantitative est composée de questionnaires pondérés, qu'il est plus facile de juxtaposer à l'analyse descriptive associée (71, 79).
- Intégré (Embedded): les données quantitatives et qualitatives sont collectées en même temps, mais dans le cadre d'une conception quantitative ou qualitative plus large. Un type de données est secondaire par rapport à l'autre. Cette approche est par exemple utilisée pour réaliser une étude QUANT pré-implantation d'un processus, suivi d'une étude qualitative réalisée en cours d'implantation, et enfin d'une seconde étude QUANT Post-Implantation
- Séquentiel explicatif : les données quantitatives sont collectées et analysées en premier, suivies des données qualitatives. Ce type de méthode mixte est utilisé pour expliquer et contextualiser les résultats quantitatifs à la lumière des données qualitatives récoltées à postériori.
- Séquentiel exploratoire : les données qualitatives sont collectées et analysées en premier, suivies des données quantitatives. Ce type de méthode mixte est utilisé pour confirmer ou valider des données qualitatives par le biais des données quantitatives récoltées à postériori.

Une fois les données QUAL et QUANT récoltées et analysées, il est nécessaire de les comparer.

Pour cela, plusieurs méthodes existent dans la littérature. Nous aborderons seulement 2 d'entre elles :

- Le fil d'Ariane un type de connexion de phase : Consiste à analyser les données QUANT (ou QUAL), à identifier les thèmes principaux à approfondir et les réanalyser à la lumière des composante QUAL (ou QUANT).
- La triangulation de Farmer : processus visant à comparer plusieurs méthodes d'analyses entre elles afin d'évaluer la convergence entre les données récoltées et renforcer la validité des résultats obtenus. La triangulation réunit en général une méthode qualitative et une méthode quantitative (QUAL+QUANT) dont la partie quantitative est constitué d'un questionnaire gradué, qui répond directement à l'analyse qualitative (80). Ce type de mixte méthode se prête bien à l'étude mixte des barrières et facilitateurs, à l'image de ce que propose Martin et al, qui se sont prêtés à l'exercice en 2017 sur les barrières et facilitateurs à la déprescription de benzodiazépines (81). Bien que moins fréquent, il est également possible d'effectuer une analyse quantitative de terrain et de l'associer à une analyse des barrières et facilitateurs selon les différentes parties prenantes. Cependant, à la connaissance des auteurs, ce type de recherche n'a cependant encore jamais été effectué, pour l'analyse des enjeux de déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs.

1.9 Barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs selon la littérature

Néanmoins, de nombreux chercheurs ont déjà tenté de comprendre les barrières et facilitateurs à la déprescription de benzodiazépines

En 2022, l'équipe de P.Evrard et al a effectué une revue systématique de la littérature reprenant un total de 22 études (28, 82-90). L'annexe 1 reprend une adaptation simplifiée de cette revue en ne conservant que les études datant de moins de 5 ans, et en y ajoutant des 2 études publiées a posteriori en milieu hospitalier et les deux seules méthodes mixtes réalisées spécifiquement sur la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs. Au total, 14 études ont été intégrées dans cette mini-analyse comparative. Les barrières relevées par l'équipe de P. Evrard et al. dans la revue de littérature de 2021 étaient « croyances sur les conséquences », « croyances sur les capacités », les « contexte environnemental et ressources », les « intentions », les « objectifs », les « influences sociales » et le domaine « mémoire, attention et processus décisionnels ». Les barrières et les facilitateurs variaient selon le groupe de partie prenante et le domaine. Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans une étude, les démences de Parkinson et d'Alzheimer étaient perçues comme des facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines.

1.10 Définitions

Certains termes utilisés tout au long de ce travail

Niveau de soin : caractérise le niveau de prise en charge et de suivi lors de l'hospitalisation d'un patient.

Trois niveaux seront utilisés dans le cadre de cette étude. :

- Soins aigus : prise en charge de patients dont les situations médicales évoluent rapidement, avec une faible prévisibilité et une faible possibilité de planification.
- Soins non aigus : Prise en charge de patients dont les situations médicales évoluent lentement, avec une prévisibilité et une possibilité de planification plus grandes. Se rapporte également au soin de réadaptation, c'est-à-dire aux soins réalisés après une blessure, une maladie ou une intervention chirurgicale, avec pour objectif principal un regain d'autonomie.
- Soins de maintien : Prise en charge de patients sur le long terme, lorsque la personne est stabilisée et ne nécessite plus de surveillance médicale continue ou de réadaptation active.

Condition de prise : Désigne les éléments requis pour que la prise du traitement ait lieu.

- D'office : Désigne une prescription pour laquelle le médicament est pris, peu importe les conditions.
- Réserve : Désigne une prescription pour laquelle le médicament est rendu disponible pour le patient et pris selon certaines conditions, fixés au préalable.

Professionnels de santé : tous les professionnels de santé inclus dans l'analyse QUAL sont inclus dans ce terme : médecins cadres, médecins internes infirmiers, pharmaciens.

Paramédical : qui concerne les activités externes de la médecine. Dans le cadre de l'analyse qualitative de cette étude, le terme paramédical sera utilisé pour désigner les infirmiers et les pharmaciens.

Soignant : personne qui donne des soins à quelqu'un. Dans le cadre de l'analyse qualitative, ce terme regroupe les infirmiers et les autres professionnels de santé directement en lien avec le soin au patient (aide soignants, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.). Il ne tient pas compte des médecins et pharmaciens.

Partie prenante : Acteur individuel ou collectif concerné par un projet, une décision ou une action, dont les intérêts sont affectés par la mise en place de ce projet, cette décision, ou cette action. Dans le cadre de cette étude, les parties prenantes concernent toute personne concernée par la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs. Cinq types de parties prenantes sont envisagées pour cette étude : médecin cadres, médecins internes, infirmiers, pharmaciens, patients.

Temps T : Point précis du temps, repérable par référence à un « avant » et une « après ». Dans le cadre de cette étude, le temps T correspond au moment exact (date et heure) où a été effectuée l'extraction des données. Il a été fixé empiriquement, dès que la requête d'extraction a été rendue opérationnelle.

Question de recherche et objectifs

1.10.1 Question de recherche

La question de recherche se définit comme suit :

« *Comment les barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs influencent les différentes parties prenantes, y inclus le patient, dans la réévaluation de ces traitements entre l'admission et la sortie des patients gériatriques hospitalisés aux HUG ?* »

1.10.2 Objectif primaire

L'objectif primaire est d'établir un état des lieux des prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs chez la population gériatrique hospitalisée aux HUG et d'explorer auprès des parties prenantes quels barrières et facilitateurs à leur déprescription influencent la réévaluation de ces traitements entre l'admission et la sortie.

1.10.3 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude consistaient à :

- a) Quantifier le taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour lesquels une indication potentielle a été documentée dans le dossier patient informatisé (DPI)
- b) Evaluer la répartition par classe *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) de benzodiazépines et hypno-sédatifs et par DCI au temps T par unité de soin
- c) Evaluer la répartition par classe ATC de benzodiazépines et hypno-sédatifs et par DCI au temps T par tranche d'âge
- d) Quantifier le taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient à domicile, au temps T et à la sortie
- e) Répartition par classe ATC de benzodiazépines et hypno-sédatifs et par DCI à le domicile, au temps T et à la sortie
- f) Quantifier et définir le taux et le type d'évolution de la prescription entre le domicile, le temps T et la sortie, puis réanalyser entre le domicile et la sortie
- g) Quantifier le taux de nouvelles prescriptions de benzodiazépines chez les patients d'au moins 65 ans hospitalisés (Indicateur SSMIG)
- h) Développer des guides d'entretiens semi-structurés pour réaliser la partie qualitative.

2. Matériel et méthode

« Si tu diffères de moi, mon frère,
loin de me léser, tu m'enrichis »

Antoine de Saint-Exupéry

2.1 Déroulement de l'étude

Cette étude observationnelle, descriptive prospective, monocentrique a été développée selon une méthode mixte de type *Convergent Mixed Parallel Design* ou *conception parallèle mixte convergente*, afin de répondre à la question de recherche. Cette méthode est composée d'une partie qualitative (QUAL) et d'une partie quantitative (QUANT) qui ont effectuées de manière parallèle, donc dans le même laps de temps, et indépendante.

La partie QUANT quantifie l'évolution des prescriptions des hypno-sédatifs chez la population gériatrique aux HUG et mesure l'état des prescriptions avant, pendant et à la sortie d'hospitalisation des patients.

La partie QUAL, a pour objectif d'explorer les barrières et les facilitateurs à l'initiation de la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs (BHS) et en particulier des benzodiazépines et Z-drugs, en soin non aigus gériatriques. La figure 12 ci-contre reprend en détail les différentes étapes de la méthode mixte utilisée.

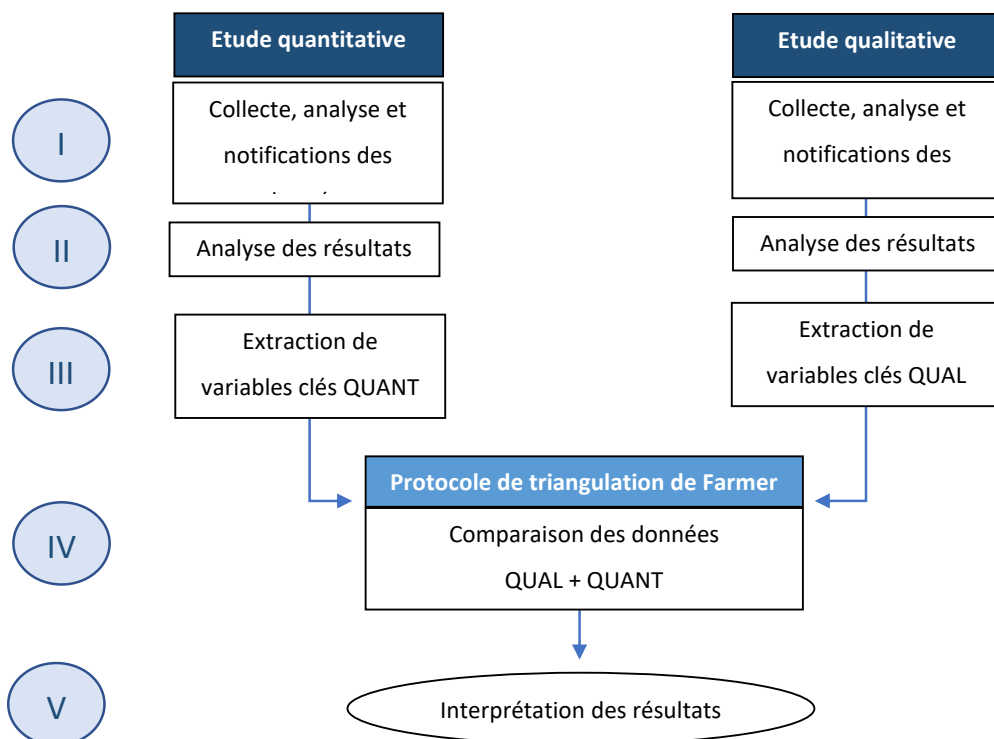


Figure 12: Conception de l'étude mixte de type parallèle convergent

Les résultats de chacune des parties ont d'abord été analysés de façon indépendante l'une de l'autre. La méthode utilisée pour chacune des parties est détaillée dans les section correspondantes (points 2.3 et 2.4). Une comparaison plus détaillée des résultats a été effectuée selon le *Farmer's triangulation protocol*, le protocole de Triangulation de Farmer décrit en introduction, afin de caractériser les zones d'accord, de dissonance ainsi que les éléments muets, c'est-à-dire les éventuels points qui seraient décrits dans une partie et non dans l'autre. Une interprétation des résultats QUAL + QUANT à enfin été effectuée et intégrée dans la discussion.

2.2 Cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), comptabilisant 2044 lits et traitant 62302 cas hospitaliers par an. Elle a été menée pendant la période de mai à décembre 2023 dans le département de réadaptation et gériatrie des HUG, doté de 694 lits. L'ensemble du département est subdivisé en 5 services, chacun disposés sur 5 sites distincts répartis à travers tout le canton de Genève (tableau 4). Le département accueille des soins aigus, des soins non aigus, des soins de maintien et des soins palliatifs. Dans tout le département, 199 lits sont destinés aux soins aigus gériatriques, 188 lits sont destinés exclusivement aux soins non aigus gériatriques, et 131, exclusivement aux soins de maintien.

Tableau 4 : Répartition des lits au sein du département de réadaptation et gériatrie

Sites destinés spécifiquement à la population gériatrique			Autres sites	
Site Jolimont : 5 unités / 88 lits	Site de Loëx : 8 unités / 187 lits	Site Trois-Chêne : 12 unités / 251 lits	Bellerive : 6 unités / 82 lits	BS : 5 unités / 86 lits
60 lits de soins non aigus 20 lits de maintien 8 lits de soins palliatifs	76 lits de soins non aigus 111 lits de maintien	52 lits de soins non aigus 199 lits de soins aigus	54 lits de soins non aigus neurologique 28 lits de soins aigus - Soins palliatifs	52 lits de soins non aigus 34 lits de soins aigus

La partie quantitative a été menée essentiellement sur 3 sites : le site de Jolimont, constitué de 88 lits, le site de Loëx constitué de 187 lits et le site des Trois-Chêne, constitué de 251 lits. Les 8 lits de soins palliatifs du site Jolimont ont par ailleurs été exclus. La partie qualitative a eu lieu uniquement dans les unités de soin non aigus destinées à la population gériatrique. Celles-ci sont réparties sur les trois sites discutés plus haut : le site de Jolimont contient 60 lits non aigus et 20 lits de maintien ; le site de Loëx, de 76 lits de soin non aigus et 111 lits de maintien ; et le site des Trois-Chêne, de 52 lits de de soin non aigus.

2.3 Partie quantitative

La récolte des données quantitatives a été menée de juin à septembre 2023.

Elle consistait en une extraction, à un temps T, des données de patients sous benzodiazépines ou hypno-sédatifs, hospitalisés, en temps réel, dans tout le département de gériatrie et réadaptation, y inclus les services de médecine aigüe. Seuls les lits de soins palliatifs ont été exclus car l'usage des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez cette population de patient sort du cadre de ce que nous souhaiterions étudier. Le temps T correspond au moment exact (date et heure) où a été effectuée l'extraction des données. Il a été fixé empiriquement, dès que la requête d'extraction a été rendue opérationnelle. Le but étant de collecter les données en temps réel et d'obtenir une image nette de l'utilisation de benzodiazépines et hypno-sédatifs en cours pile au moment de l'extraction. Cette première photo, prise à un moment donné, le moment de l'extraction, permet de visualiser les prescriptions actives en cours d'hospitalisation. A la sortie de chaque patient, deux autres « photos » sont prises. La première, via une analyse des traitements hypno-sédatifs pris à domicile, avant l'hospitalisation, et la deuxième, via une analyse des traitements prescrits à la sortie. Ces 3 « photos » avant, pendant et après hospitalisation ont enfin été comparées entre elles, afin d'analyser l'évolution de la prescription des médicaments hypno-sédatifs en cours d'hospitalisation et l'impact du séjour hospitalier sur ces prescriptions.

2.3.1 Population ciblée pour la partie quantitative

2.3.1.1 Population ciblée

La population cible correspondait à : tous patients disposant d'une prescription d'hypno-sédatifs pour traiter des troubles du sommeil au temps T, donc au moment de la première extraction des données, et hospitalisé dans le département de gériatrie et réadaptation (à l'exclusion des lits de soins palliatifs), quel que soit leur motif d'hospitalisation, quel que soit le type d'entrée, élective ou non (entrée par le service des urgences des HUG, entrée par un autre service des HUG, entrée par une autre institution hospitalière ou via la consultation ambulatoire).

2.3.1.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients âgés de 65 ou plus
- Hospitalisés dans le département de gériatrie et réadaptation des HUG depuis plus de 24 heures : le délai de 24 heures a été décidé, afin d'assurer une première visite par le médecin interne et, de laisser un délai minimal pour une réévaluation du traitement. Ce délai permettait également de

visualiser au temps T les potentielles nouvelles prescriptions ayant eu lieu juste après l'admission, en soins aigus, par exemple.

- Sous benzodiazépines ou hypno-sédatifs prescrits le soir ou au coucher au temps T : le terme hypno-sédatif inclut toutes molécules possédant des propriétés sédatives, et utilisées pour traiter les troubles de sommeil. Cela inclut les utilisations off-label. Les termes « soir » et « au coucher » ont été fixés ainsi car, lors de la prescription de médicaments, les médecins ont la possibilité de prescrire des médicaments à 4 moments différents de la journée : le matin, le midi, le soir et au coucher. Si un hypno-sédatif était prescrit deux fois par jour, dont une prise au moins au soir ou au coucher, il était inclus dans l'analyse. Ainsi, toutes les molécules prescrites uniquement le matin ou le midi ont été exclues. Lorsqu'un médicament était prescrit en réserve, il était automatiquement inclus dans l'analyse.

Les hypno-sédatifs inclus comme triggers de recherche ont été sélectionnés comme suit :

1. Parcours dans Swissmedinfo.ch des codes ATC susceptibles d'être inclus dans cette analyse. Les codes N05 (Psycholéptiques) incluant les N05A (Antipsychotiques), N05B (Anxiolytiques), N05C (hypno-sédatifs) ainsi que les codes N06 (Psychoanaleptiques) ont été passés en revue. Une brève revue de la littérature a permis d'inclure des molécules étrangères susceptibles d'être utilisées chez nous.
2. Analyse de chaque molécule selon les critères SMURF(91, 92), avec maximum un point par critère :
 - a. Spécificité : l'indicateur définit- il en termes clairs, de façon explicite et univoque ce qui est mesuré. Les molécules utilisées pour les troubles du sommeil mais non spécifiques à ce trouble ont une note de 0.5.
 - b. Mesurabilité : l'indicateur permet d'évaluer le résultat en termes de valeur (qualité, quantité, coût, temps, etc.). Ce point est dépendant de la méthode utilisée. Les molécules non extractibles dans le logiciel de données ont une note de 0.5.
 - c. Utilité : l'indicateur permet de collecter des informations précises sur le sujet de l'étude et les résultats qui en résultent sont susceptibles d'éclairer la prise de décision et d'aiguiller l'apprentissage. Toutes les molécules avec des propriétés sédatives ont eu une note minimale de 0.5.
 - d. Réalisabilité : qui est atteignable selon les moyens de collecte et les sources de données accessibles et disponibles. Correspond à l'« extractibilité » de la molécule dans le logiciel de prescription et à la possibilité de la commander. Les molécules non commandables et non facturables se sont vu attribuer une note de 0.

- e. Flexibilité : pourra être adapté ou modifié s'il ne permet pas de récolter l'information attendue. Non pertinent pour cette analyse d'indicateur. Toutes les molécules ont reçu une note de 1 pour cet indicateur.
- f. Simplicité : se mesure facilement et est utilisable par l'ensemble des parties prenantes. Les molécules existant sous plein de formes différentes, dont des gouttes, ont reçu une note de 0.5.

Seuls les indicateurs des molécules dont le total est strictement supérieur à 4 étaient sélectionnées comme triggers dans l'étude.

Cela incluait : les benzodiazépines et z-drugs, les antihistaminiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les antidépresseurs, les barbituriques, les autres molécules sédatives (clométhiazole), la mélatonine et la phytothérapie à visée sédatrice, c'est-à-dire la valériane, la mélisse et la passiflore.

La liste complète des hypno-sédatifs pris en considération, ainsi que les critères pour cette étude est présentée en annexe 2.

2.3.1.3 Critères d'exclusion

Afin d'éviter tout biais de sélection pouvant influencer la prescription indépendamment de la gestion des troubles du sommeil, les patients ou prescriptions répondant à un ou plusieurs des critères suivants ont été exclus :

- Patients hospitalisés depuis plus de 24 heures
- Patients admis en unité de soins palliatifs au temps T
- Patients présentant ou ayant présenté un trouble anxieux généralisé (TAG) selon les données récoltées dans les onglets « Problèmes aigus », « Problèmes chroniques », « Antécédents » de DPI.
- Traitement IV, IM ou sous-cutané : seule la ligne de traitement était supprimée et non le patient dans le cas où il avait d'autres traitements sédatifs oraux.
- Traitement d'oxazépam + score CIWA, utilisé spécifiquement pour établir un bilan de dépendance des patients toxicomanes. Seule la ligne de traitement était supprimée
- Traitement ne correspondant pas à un traitement de l'insomnie. Cela incluait :
 1. Toutes molécule prescrite uniquement le matin et/ou le midi.
 2. Antipsychotiques dont la posologie ne correspondait pas à un traitement de l'insomnie. Dans le cadre de cette analyse, seules les Quétiapine de doses inférieures à 50 mg ont été exclues par ce critère.

Pour les critères d'exclusion selon les caractéristiques du traitement, seule la ligne de traitement était supprimée. Si le patient avait d'autres molécules hypno-sédatives prescrites et répondait aux critères

d'inclusion et d'exclusion, les lignes de traitements conformes étaient incluses dans l'analyse quantitative.

2.3.2 Collecte des données quantitatives

Tout le département utilise le même logiciel de gestion des données patients, appelé DPI, pour *Dossier Patient Informatisé*. En outre, DPI dispose d'une application intégrée, appelée DPI-DATA-MAGELLAN. Cette interface de Business Intelligence (BI) permet d'extraire les données cliniques des patients de DPI selon des paramètres présélectionnés ou *triggers*, qui constituent une requête d'agrégation et de les présenter dans un format facile à interpréter. Ainsi, Une fois les *triggers* définis et codés en langage MongoDB, l'application MAGELLAN recherche tous les patients répondants à ces triggers dans la base de données DPI-DATA puis les extrait dans un fichier Excel® (Version 2302 Build 16. 0.16130.20754) permettant l'analyse des données. Cet outil est initialement utilisé comme système permettant d'identifier des prescriptions inappropriées à partir du DPI.

La collecte des données s'est effectuée en trois étapes :

1. Extraction des données patients au temps T

Afin de collecter les données utiles à cette partie quantitative, une requête a été codée sur l'interface DPI-MAGELLAN, par un pharmacien spécialisé en IT. Cette requête a permis d'extraire de DPI tous les patients répondant aux 2 *triggers* suivants :

- Patients hospitalisés dans le département de gériatrie et réadaptation des HUG
- Et pour lesquels un des traitements hypno-sédatifs sélectionnés en annexe 2 était prescrit.

Une première extraction a été effectuée à un temps T, offrant une photo instantanée des prescriptions en cours au moment de l'extraction.

Les données extraites de DPI ont ensuite été codées, c'est-à-dire identifiables par des numéros de codes, et transposées dans un fichier Excel. Afin de faciliter la recherche manuelle de données, les variables extractibles précitées ont également été incluses dans la requête.

2. Sélection de la cohorte de patients

Tous les patients ou lignes de traitement ne répondant pas aux critères d'inclusion et d'exclusion précités ont été exclus manuellement à l'aide de filtres sur Excel. La cohorte de patients finalement inclus a ensuite été codée à l'aide de leur numéro d'identifiant patient institutionnel pour analyse.

3. Extraction des patients sortis

Une fois validée, la liste des patients inclus dans cette partie quantitative a été transmise au pharmacien spécialisé en IT. Elles ont ainsi permis la création d'une nouvelle requête permettant l'identification des patients sortants. Les triggers étaient tous les patients

initialement admis dans l'étude et la présence d'une date de fin d'EDS (épisode de soins). La fonction *rechercheV* sur Excel® permettait ensuite de déduire tous les patients admis dans l'analyse quantitative et sortis selon leur date de fin d'EDS.

Cependant, une fin d'EDS ne se caractérise pas toujours par une fin de séjour. En effet, certains EDS sont clôturés et modifiés lors de transfert de patients. Le patient reçoit alors plusieurs numéros d'EDS qui se suivent. Pour cette raison, un contrôle manuel était réalisé pour chaque patient. Si le patient restait hospitalisé, la date de fin d'un EDS correspondait à la date d'entrée de l'EDS suivant. Ainsi, étaient considérés comme sortis tous les patients dont la suite d'EDS avait été interrompue. Elle pouvait être confirmée par un document, dans le DPI, attestant de la sortie du patient (lettre de sortie, ordonnance de sortie, demande de transfert dans un autre établissement hors HUG).

Les dossiers des patients sortis étaient ensuite analysés afin de récolter les variables non extractibles et les inclure dans l'Excel® d'analyse quantitative.

2.3.3 Outcomes mesurés pour la partie quantitative

Les outcomes mesurés répondaient aux objectifs primaires et secondaires et étaient les suivants :

- a) Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs pour lesquels une indication possible a été répertoriée dans DPI
- b) Répartition par classe ATC de benzodiazépines et hypno-sédatifs et par DCI au temps T par unité de soin
- c) Répartition par classe ATC de benzodiazépines et hypno-sédatifs et par DCI au temps T par tranche d'âge
- d) Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient à domicile, au temps T et à la sortie
- e) Répartition par classe ATC de benzodiazépines et hypno-sédatifs et par DCI à domicile, au temps T et à la sortie
- f) Taux et type d'évolution de la prescription entre l'admission et le temps T, entre le temps T et la sortie, et réanalyse globale entre l'admission et la sortie
- g) Taux de nouvelles prescriptions de benzodiazépines chez les patients de plus de 65 ans hospitalisés (Indicateur SSMIG)

2.3.4 Variables utilisées pour la partie quantitative

2.3.4.1 Variables extractibles

Les variables suivantes ont été extraites : âge, sexe, niveau de soin au temps T (maintien, aigu, non aigu), unité de soin au temps T, durée du séjour au temps T, les scores CIWA, au temps T, les DCI prises au temps T, ainsi que leur condition de prise (d'office ou en réserve), dose, fréquence et voie d'administration au temps T. Le score CIRS, *cumulative illness rating-scale* qui évalue la sévérité sur 5 points (de 0 à 4) de 14 systèmes d'organes permettant d'avoir une vision générale scorées sur 56 des comorbidités psychosomatiques des patients, et le score MIF, de *mesure d'indépendance fonctionnelle* ont également été ajoutés dans cette catégorie. Enfin, des données brutes ont également été extraites par la requête. Il s'agit des ordres de prescriptions, reprenant en détail les modalités de prescription avec notamment les conditions d'administration des molécules en réserve. L'extraction initiale au temps T a également permis d'obtenir l'historique des pathologies et comorbidités de chaque patient, via les onglets « Problèmes aigus », « Problèmes chroniques », « Antécédents » dans DPI. Ces différentes données brutes ont permis d'identifier certaines variables sous-jacentes, qu'on qualifiera de « partiellement extractibles ». Enfin, une extraction du nombre des traitements, toute classe, toute voie d'administration (per os, IV, topique, etc.) et toute condition (d'office-réserve) confondues a été effectuée en recherchant dans le logiciel de prescription institutionnel, nommé Presco, les prescriptions actives chez la population étudiée. Les résultats seront présentés en termes de « prescription ». Ainsi une prescription de quériapine 2x/J comptabilise une prescription. Si les deux prises quotidiennes de quériapine sont reprises dans deux prescriptions différentes, cela comptabilise donc deux prescriptions différentes.

2.3.4.2 Variables non extractibles

Les variables suivantes ont été ajoutées manuellement dans le fichier Excel (Version 2302, build 16130.20766) : les DCI, conditions de prise (d'office ou en réserve), doses, fréquences des prises au domicile et à la sortie. Les traitements à domicile étaient recherchés dans l'onglet « prescriptions à domicile », dans les lettres ou note d'admission ou d'urgences et dans les lettres de transfert venant de l'extérieur. Les traitements de sortie étaient recherchés dans les ordonnances de sortie ou si elles n'étaient pas disponibles dans les lettres de sortie ou dans les lettres de transferts vers l'extérieur. Ainsi, lorsqu'un traitement était prescrit à domicile ou à la sortie, mais pas au temps T, on vérifiait d'abord s'il ne s'agissait pas d'un changement de molécule.

Ensuite, les variables suivantes ont été déduites ou calculées sur base des autres variables : la durée totale du séjour, la dose totale au temps T, à domicile et à la sortie.

Des colonnes ont également été prévues pour comparer les données du domicile, du temps T et de la sortie entre elles et ainsi définir le statut d'évolution de prescription effectuée entre ces différentes périodes.

Mais aussi, le statut de la prescription entre le domicile et le temps T, entre le temps T et la sortie et l'assemblage de ces deux évolutions pour définir l'évolution globale et la prescription entre le domicile et la sortie. Les statuts d'évolutions de prescription caractérisées étaient les suivants :

- Prescrit : molécule non prescrite à domicile, instaurée durant l'hospitalisation (avant ou après le temps T) et represcrite à la sortie.
- Indication transitoire : molécule non prescrite à domicile, prescrite au temps T et retirée à la sortie
- Inchangé : molécule pour laquelle aucun changement de prescription n'a eu lieu ou, s'il a eu lieu, il n'a pas duré dans le temps. Les molécules dont la dose a été augmentée/diminuée entre le domicile et les temps T puis diminuée/augmentée entre le temps T et la sortie et revenaient à leur dose à domicile étaient en effet classées en « inchangé » entre le domicile et la sortie.
- Augmenté : molécule prescrite à domicile dont la dose, la fréquence ou la condition a été augmenté durant l'hospitalisation. Une condition augmentée se réfère à un passage de réserve à d'office.
- Réduit : molécule prescrite à domicile dont la dose, la fréquence ou la condition a été réduite durant l'hospitalisation (avant ou après le temps T). Une condition réduite se réfère à un passage de d'office à réserve.
- Represcrit : molécule prescrite à domicile, arrêtée au temp T puis reprise entre le temps T et la sortie.
- Retiré : molécule prescrite à domicile, interrompue durant l'hospitalisation (avant ou après le temps T) et non represcrite à la sortie. Sont également comptabilisées sous ce statut les molécules prescrites à domicile qui subissait un remplacement par une autre molécule au temps T, qui était elle-même retirée entre le temps T et la sortie.
- Changement de molécule (switch) : molécule prescrite à domicile, remplacée par une autre molécule en cours d'hospitalisation, qui a été maintenue à la sortie.

Ainsi, lorsqu'une molécule, inexistante au temps T, apparaissait à domicile ou à la sortie, il était essentiel de définir s'il s'agissait d'une nouvelle prescription ou d'un switch d'une molécule déjà existante au temps T.

Était considéré comme changement de molécule (ou switch) :

- Toute situation où une benzodiazépine ou hypno-sédatif était arrêté le même jour que l'initiation d'un autre traitement de benzodiazépine ou hypno-sédatif

- Lorsqu'un intervalle régulier d'arrêt progressif de molécule se juxtaposait à une initiation progressive d'une autre molécule
- Lorsqu'un changement de molécule était clairement annoncé dans le dossier du patient.

S'il ne s'agissait pas d'un changement d'une molécule déjà instaurée, mais bien d'une nouvelle prescription, une nouvelle ligne était créée sur Excel. Dans ce cas, la molécule était inscrite dans la colonne correspondante au domicile ou à la sortie et une notification de « AUCUN » était ajoutée en lieu et place du traitement au temps T.

Dès qu'au moins un traitement était notifié dans une de sources consultées, la rubrique était considérée « complète » et si aucune benzodiazépine ou hypno-sédatif n'était prescrit dans cette liste, il était considéré non prescrit et répertorié sous le terme « AUCUN ». Le terme « AUCUN » était donc notifié pour la prescription à domicile. Mais les sources consultées diffèrent en fonction du moment analysé. Pour les traitements à domicile, « AUCUN » signifie qu'aucune benzodiazépine ou hypno-sédatif n'a été trouvé dans une liste pourtant existante, soit de l'onglet « prescription à domicile », soit dans des lettres d'admission, d'urgence ou de transfert externes. Par exemple, si une lettre d'admission contenait une prescription de Dafalgan® seul, et que les autres sources étaient vides, il était considéré que le patient n'avait que du Dafalgan à domicile et donc qu'aucun BHS n'était prescrit à domicile.

Ainsi, pour les traitements à domicile, le terme « AUCUN » correspondait soit à un traitement de benzodiazépines et hypno-sédatifs présent déjà à domicile mais qui n'a pas été correctement notifié dans DPI, soit qu'il n'était effectivement pas présent à domicile. Le terme « AUCUN » utilisé au temps T signifiait que la molécule analysée ne figurait ni l'onglet « Prescription » ni dans l'onglet « échancier ». Le terme « AUCUN » utilisé à la sortie signifiait qu'aucun traitement de benzodiazépines ou hypno-sédatifs n'était repris dans l'ordonnance de sortie ou la lettre de sortie.

Le terme « DONNEE MANQUANTE » était attribué lorsqu'aucun traitement n'était rempli dans les rubriques correspondantes ou que la rubrique était manquante. Dès qu'au moins un traitement était rempli, la rubrique était considérée « complète » et si aucune benzodiazépine ou hypno-sédatifs n'était prescrit dans cette liste, il était considéré non prescrit et répertorié sous le terme « AUCUN ».

Ont enfin été récoltés : le niveau de soin où ont eu lieu chaque changement de prescriptions (Soins aigus, soins non aigus et soin de maintien), les MIF d'entrée et de sortie, la date de sortie et l'orientation à la sortie : domicile, domicile-EMS (les patients qui rentrent de leur EMS habituel), entrée en EMS (Établissement médico-social), UATR (Unité d'accueil temporaire de répit), clinique externe (en cas de transfert), ou décès. Si le patient n'était pas sorti en fin d'analyse, le lieu de sortie notifié correspondait au niveau de soin où se trouvait le patient à la date de fin d'analyse, fixée au 22 septembre 2023, trois mois après le début d'analyse : soins aigus, soins non aigus ou soins de maintien.

2.3.4.3 Variables partiellement extractibles

Ainsi, afin de systématiser la recherche et de gagner du temps d'analyse, certaines variables ont été déduites à l'aide de données brutes extraites via la requête DPI et recherchées selon des termes clés. Concernant l'indication des benzodiazépines et hypno-sédatifs, le choix de termes de recherche s'est fait en regardant les libellés prédéfinis dans les onglets « problèmes aigus » « problèmes chroniques » et « antécédents » de DPI, dans le souhait d'être exhaustif et, si possible, spécifique. Trois indications potentielles de traitements prescrits ont été recherchées, selon cette méthode : les troubles du sommeil, l'anxiété et la dépression. Pour rechercher des troubles du sommeil, les termes « sommeil », « endormissement » et « insomni » ont été systématiquement recherchés dans les onglets « problèmes aigus », « problèmes chroniques » et « antécédents ». Une seconde recherche des mêmes termes a été effectuée directement sur l'ordre de prescription de chaque traitement. L'anxiété a été enregistrée selon ces deux modes de recherches également, avec les termes « anxiété », « anxieux » et « angoisse ». Le terme « anxi » n'a pas été retenu car il comportait notamment le libellé « abus d'anxiolytique ». La dépression a été recherchée uniquement dans les « problèmes aigus », « problèmes chroniques » et « antécédents » avec le terme « dépressif ». Cependant, ce dernier terme ne permettait pas une spécificité totale. Certains faux-positifs comme la « dépression respiratoire » ont dû être écartés manuellement.

L'analyse descriptive a été réalisée en utilisant Excel (Version 2302, build 16130.20766). Les variables et résultats qualitatifs ont été présentés en valeur absolue de *n* patients et en pourcentage. Les variables et résultats quantitatifs ont été décrites à l'aide de moyenne et écart type si normalement distribuées et à l'aide de médiane et d'interquartile 25% et 75%, si pas normalement distribué. La distribution des données étaient définies par comparaison de la moyenne et de la médiane. La fin de la récolte des données quantitatives était fixée au 22 septembre 2023, soit trois mois après l'extraction initiale des données patients.

2.4 Partie qualitative

La récolte des données qualitative a été menée de juin à septembre 2023, en parallèle à la récolte de données quantitative dans les trois unités de soins non aigus spécifiquement destinées à la population gériatrique.

Elle est destinée à explorer les barrières et les facilitateurs, à l'initiation de la déprescription des hypno-sédatifs, en soins non aigus gériatriques auprès des parties prenantes que nous avons définies en 6 groupes (cfr paragraphe suivant : Participants). Le comportement clé étudié est :

L'initiation de la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs par les médecins internes, et ce en collaboration avec les autres parties prenantes de l'hôpital, y inclus le patient.

Cette partie est constituée d'entretiens semi-structurés individuels auprès des différents groupes de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge en soins non aigus gériatriques ainsi que des patients. Le format d'entretien individuel, bien que plus chronophage, a été préféré par rapport aux focus groups, afin de s'affranchir d'éventuelles influences de la part d'autres intervenants, de faciliter l'échange et d'obtenir des données plus complètes et plus riches.

A l'exception du groupe pharmacien, l'investigatrice principale n'avait aucun contact avec les participants de l'étude avant le début de la sélection des participants. Seules les deux superviseuses avaient eu des contacts avec certains participants de l'étude lors de visites médico-infirmières effectuées dans les unités de soins.

2.4.1 Création de guides d'entretien de la partie qualitative

Afin de mener à bien les entretiens individuels, deux types de guide d'entretiens ont été construits spécifiquement pour cette étude :

- Un guide d'entretien général : reprenant, sous forme de tableau, la structure des entretiens et les techniques utilisées pour conduire un entretien semi-structuré.
- Un guide d'entretien spécifique : semi-structuré, spécifique à chaque groupe de participants inclus dans l'analyse qualitative (Médecins cadres, médecins internes, infirmiers, pharmaciens, patients avec benzodiazépines ou hypno-sédatifs et patients avec benzodiazépines ou hypno-sédatifs). Il reprend les questions de l'entretien en utilisant les théories comportementales évoquées en début de manuscrit.

2.4.1.1.1 Guide d'entretien général

Ce premier guide a pour but de structurer la forme de l'entretien et décrit les étapes à suivre pour mener à bien l'entretien, les postures à adopter et également les outils de communications verbales et non verbales. Ce guide a été adapté des guides d'entretiens proposés par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)(93). D'autres livres et guides de l'HAS ainsi que les guides d'entretien présents dans la littérature, ont également été consultés pour optimiser ce guide théorique (72, 94-96). Le guide a été construit en 6 étapes détaillées dans la figure 13.

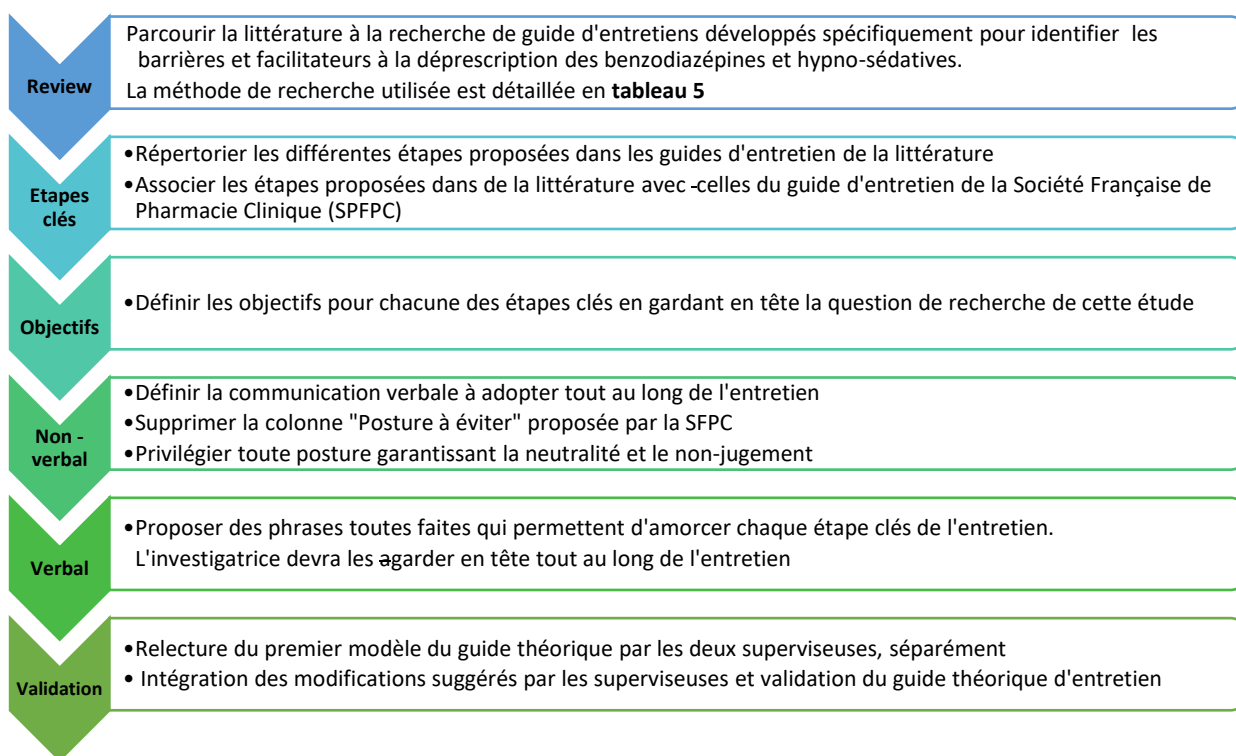


Figure 13 : Construction du guide d'entretien général

Après avoir déterminé les étapes clés de l'entretien à l'aide de modèles proposés dans la littérature, les objectifs de chacune d'elles ont été définis. Les postures de communication non-verbales permettant de créer un environnement propice à l'échange, neutre et exempt de jugement ont été répertoriées. Afin d'alléger le guide, la colonne « postures à éviter », proposé dans le guide de la SFPC a été supprimé. En effet, elle n'apporte pas de réelle plus-value en comparaison des « Postures à privilégier », dont elle est l'image en miroir. Ces dernières, fournissant des exemples d'attitudes à adopter, ont été conservées et intégrées dans la colonne communication non-verbale de notre guide général. Le premier modèle du guide a ensuite été validé séparément par chacune de superviseuses de l'étude et modifié en conséquence. Le guide d'entretien général est présenté dans la partie résultats.

2.4.1.1.2 Guides d'entretien spécifiques et semi-structurés

Ce second guide est spécifique à chaque partie prenante incluses dans cette analyse qualitative : médecins cadres, médecins internes, infirmiers, pharmaciens, patients avec benzodiazépines ou hypno-sédatifs et patients avec benzodiazépines ou hypno-sédatifs (l'inclusion de ces parties prenantes est détaillée dans le chapitre suivant). Il s'est appuyé sur les théories comportementales afin de développer les questions utilisées dans les entretiens structurés.

La création des guides d'entretien spécifiques a été réalisée en deux étapes :

- Le développement des guides d'entretiens sur les barrières et les facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs, selon différentes parties prenantes

- La validation de ces guides d'entretiens auprès des deux superviseuses, dont l'une (IDGS) est experte en entretiens réalisés auprès des patients.

2.4.1.1.2.1 Développement des guides d'entretiens spécifiques à chaque partie prenante

Le développement des guides d'entretiens spécifiques s'appuie sur les guides sélectionnés dans la littérature. La recherche de littérature a été effectuée en juin 2023 dans les bases de données MEDLINE via PUB MED, le MESH et Google Scholar. La stratégie de recherche utilisée est décrite dans le tableau 5.

Tableau 5 : Stratégie de recherche pour élaboration de guide théoriques et pratique d'entretiens semi-structurés

1. qualitative AND deprecise AND sedative OR qualitative AND deprecise AND benzodiazepine OR qualitative AND deprecise AND TDF
2. Tous types d'article confondus
3. Texte entier gratuit ou accessible avec les accès de l'institution
4. Limité aux articles publiés entre le 31 mai 2018 et le 31 may 2023

Au total, 22 articles ont été identifiés par la recherche. Deux guides d'entretien des barrières et facilitateurs à la déprescription répondant aux critères de recherche ont été identifiés parmi ces articles (72, 96). Ils ont été étudiés dans le but d'identifier les éléments pertinents à notre contexte et notre recherche.

Ainsi, afin de dessiner un croquis plus exhaustif mais aussi plus réaliste des barrières et des facilitateurs qui régissent la prise de décision et les comportements qui en découlent, nous avons privilégié le format d'entretien semi-structuré suggéré par les deux guides disponibles et dans les autres articles (97). Ce format se base sur l'utilisation de questions ouvertes sur le comportement étudié, afin d'offrir à l'intervenant la possibilité d'exprimer librement les éléments qui lui semblent pertinents et de permettre ensuite une extraction plus fine de l'information lors de l'analyse.

Parmi les différents guides d'entretiens semi-structurés proposés dans la littérature, le choix a été de recourir à une méthode d'analyse déductive basée sur les Theoretical domain framework (TDF). D'une part, parce qu'elle offre un canevas plus neutre et plus complet qu'une analyse inductive des potentiels barrières et facilitateurs qui régissent la prise de décision et des comportements qui en découlent. D'autre part, parce que cette méthode s'adresse spécifiquement aux professionnels de santé. Pour cette raison, les guides pratiques d'entretiens semi-structurés destinés à ces catégories de participants ont été construits exclusivement selon cette matrice.

Pour les guides d'entretiens destinés aux patients, le questionnaire rPATD (*revised Patient Attitude Towards Deprescribing*), a également été consulté, car il est adapté spécifiquement pour la

déprescription des benzodiazépines (73). Cependant, ce questionnaire présente plusieurs limitations : un caractère exploratoire ne permettant pas de scorer les différents critères et un périmètre d'analyse limitée, ne permettant pas une analyse étendue des barrières et facilitateurs à la déprescription. Ce dernier point, mais surtout la volonté de pouvoir comparer les citations des patients avec celles des professionnels de santé, nous ont encouragé à utiliser les TDF également pour les patients.

Ainsi, bien qu'il soit fréquent dans la littérature de restreindre les TDF à l'analyse des entretiens de professionnels de santé, il a été choisi d'étendre leur utilisation à tous les groupes de participants, patients inclus. Ce choix a été fait pour trois raisons : bénéficier du canevas plus neutre et plus objectif du TDF afin d'obtenir des données plus riches et plus nuancées, rendre possible la comparaison des citations des patients avec celles des professionnels de santé, faciliter l'analyse comparative QUAL+QUANT (67).

Dès lors, la structure du guide patient a été construite selon la matrice structurée du questionnaire rPATD. Les questions ont ensuite été adaptées, soit reformulées ou ajoutées, afin de correspondre aux 14 domaines TDF (98) Le rPATD, initialement destiné pour une utilisation en établissements médico-sociaux (EMS), a ensuite été adapté pour correspondre à la pratique hospitalière. En effet, certaines questions ont été remodulées afin d'intégrer les notions de changement de milieu, de rythme hospitalier, de hiérarchisation et de gestion des traitements au domicile (EMS ou non). Ainsi, chaque guide d'entretien, tant ceux destinés aux professionnels de santé que ceux destinés aux patients, contient au moins une question par domaine TDF. Des questions tiroirs étaient également prévues afin de clarifier les points de vue des participants, lorsque cela était nécessaire. Enfin, les guides ont été mis en page en format guide rapides, plus pratique d'utilisation sur le terrain.

2.4.1.1.2.2 Validation des guides d'entretiens spécifiques

Afin de valider les guides d'entretien spécifiques à chaque partie prenante, ceux-ci ont été relus et analysés séparément par les deux superviseuses de l'étude. Lorsqu'un consensus était obtenu entre les deux superviseuses, l'investigatrice effectuait les optimisations suggérées, puis renvoyait une demande de relecture avec les questions restées en suspens. Au total, trois salves de relecture ont été nécessaires pour optimiser les guides d'entretien spécifiques.

Les guides d'entretiens ont ensuite été testés par un essai pilote. En effet, un entretien pilote a été menée auprès d'une pharmacienne clinicienne déployée essentiellement en gériatrie, en présence des deux superviseuses principales. A la suite de cet entretien, un feedback des deux superviseuses et de la personne interviewée a conduit à de légères modifications des guides d'entretiens. De même le premier entretien mené dans chacun des groupes de participants étaient toujours conduit en présence d'un des deux superviseuses pour une éventuelle optimisation de la formulation des questions. Les entretiens effectués en phase pilote ont été intégrés dans l'analyse qualitative.

Les guides d'entretiens spécifiques sont présentés dans la partie résultats et disponibles en annexes 5.

2.4.2 Participants ciblés pour la partie qualitative

Afin d'enrichir notre vision des barrières et facilitateurs à l'initiation d'une déprescription de traitements hypno-sédatifs en gériatrie, des entretiens individuels ont été menés auprès des 6 groupes de parties prenantes suivants :

1. Médecins cadres (chef.fe.s de clinique ; adjoint.e.s; chef.fe.s de service)
2. Médecins internes
3. Infirmiers en unité de soins non aigus
4. Pharmaciens cliniciens
5. Patients sous benzodiazépines ou hypno-sédatifs (HS), déjà présents à domicile
6. Patients sous benzodiazépines et HS nouvellement prescrits à l'hôpital

Les entretiens individuels ont été conduits avec au minimum un membre de chaque groupe, sur chaque site de soins non aigus inclus. Il y avait donc minimum trois participants par groupe. Le nombre total de participants visés étaient de trois à six participants par groupes.

La sélection des participants s'est faite essentiellement selon deux modes d'échantillonnage :

- L'échantillonnage dirigé, c'est-à-dire selon les **critères de sélection** prédéfinis pour répondre à la question de recherche (99, 100).
- L'échantillonnage de convenance : selon facilité d'accès des participants (101).

La prise de contact était soit directe par l'investigatrice soit via un intermédiaire suggérant le participant.

Les critères et les modes de sélections utilisés dans le cadre de l'étude, sont décrits dans le tableau 6.

Pour les professionnels de santé, un mail explicatif reprenant les objectifs de l'étude et les modalités de déroulement de l'entretien était envoyé à chaque participant. Pour les patients, l'investigatrice de l'étude expliquait oralement l'objectif et les modalités de déroulement de l'étude au patient.

Afin de ne pas influencer les participants dans leur réponse, seul l'objectif global de l'étude a été annoncé au préalable au participant : dresser un état des lieux des pratiques de gestion de troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Celui-ci était formulé comme suit : « *Ces entretiens ont pour but de récolter votre avis sur la gestion des troubles du sommeil aux HUG, et de comprendre ce qui vous influence dans vos choix de prise en charge.* »

Seuls les médecins chefs de service étaient informés des objectifs primaires et secondaires de l'étude et du protocole détaillés, par conséquent ils ont été exclus.

Tous les participants de l'étude disposaient d'un temps de réflexion, selon leur souhait et devaient fournir un consentement oral pour participer à l'étude.

Tableau 6 : Inclusion des participants

Groupe de participants	Critères de sélection	Type de sélection	Méthode d'inclusion
Pharmacien	Effectuer des visites médico-infirmières auprès des patients hospitalisés en unité de soins non aigus gériatriques pendant minimum 3 mois	Echantillonnage dirigé uniquement	Prise de contact direct par mail
Médecin internes	Travailler en unité de soins non aigus gériatriques aux HUG depuis minimum trois mois	Echantillonnage dirigé et de convenance	Présélection par médecin chef de service ou sa secrétaire Prise de contact directe ou par suivi de mail
Médecin cadre	Travailler en unité de soins non aigus gériatriques aux HUG depuis minimum trois mois	Echantillonnage dirigé et de convenance	Présélection par médecin chef de service ou sa secrétaire Prise de contact directe ou par suivi de mail
Infirmiers	Travailler en unité de soins non aigus gériatriques aux HUG depuis minimum trois mois	Echantillonnage dirigé et de convenance	Présélection par infirmier responsable des soins Prise de contact directe ou par suivi de mail
Patients	Avoir plus de 65 ans Être hospitalisé en unité de soins non aigus destinée spécifiquement à la population gériatrique depuis plus de vingt-quatre heures Avoir une prescription active de benzodiazépine ou Z-drugs déjà prescrite à domicile avant l'hospitalisation Absence de troubles cognitifs majeurs ou autres condition entravant la capacité de discernement Consentement éclairé oral	Echantillonnage dirigé et de convenance	Présélection par infirmier responsable de flux, par responsable de soins ou par pharmacien à la suite d'une visite Prise de contact face-à-face soit directe, soit via l'infirmier de flux ou en charge du patient

2.4.3 Collecte des données qualitatives

Les données qualitatives ont été collectées au moyen des guides d'entretiens créés spécifiquement pour cette étude.

Les étapes de création de ces entretiens ont été développées en début de cette méthode qualitative. En effet, afin de faciliter le flux de lecture, la présentation de la méthode et les résultats de création de ces guides sont présentés en amont des méthode et résultats de l'analyse qualitative.

Les entretiens ont eu lieu dans un lieu permettant la confidentialité, dans le service pour tous les professionnels de santé. Les entretiens des patients ont été menés en chambre ou en salle de réunion pour les patients en chambre double. Tous les entretiens ont été menés par l'investigatrice principale, avec ou sans présence de l'un des superviseurs de l'étude. Ils ont été enregistrés, après accord oral du participant et ont fait l'objet d'un verbatim. Le logiciel gratuit Scribe.cemea (GNU/AGPLv3) a été utilisé pour la retranscription. Tout élément susceptible de permettre l'identification du participant a été anonymisés. Ainsi, tous les noms de lieux ou de personnes susceptibles d'être reconnus ont été rendu neutres. Les informations trop complètes permettant d'identifier un nom connu étaient également

retirées ou codées à l'aide de terme générique. Ainsi, Lausanne devenait [ville romande] le Professeur Sedation devenait [Pr X]. Tous les enregistrements ont été détruits après analyse.

2.4.4 Analyse des données qualitatives

Les entretiens ont été retranscrits en verbatim et ont été analysés manuellement par l'investigatrice principale, formée à l'analyse de données qualitatives et au codage selon le TDF. Une analyse qualitative mixte ou « grounded theory », telle que présentée dans l'introduction de ce travail, a été menée en utilisant les TDF version 2 comme structure de codage (67). Un code couleur était attribué de façon déductive à chacun des 14 domaines du TDF, afin de surligner chaque citation, selon le code couleur correspondant. Afin de nuancer la classification de chaque domaine, au fur et à mesure de l'analyse, chaque citation a permis de générer des croyances et des représentations associées. Celles-ci étaient ensuite classées sous forme de thèmes au sein des 14 domaines et alimentait ainsi l'arborescence de codage de façon inductive, c'est-à-dire par émergence de données selon Braund and Clarke (102).

Lorsqu'une citation ne correspondait à aucun des thèmes déjà inclus dans l'arborescence de codage, un nouveau thème était créé. Pour plus d'exhaustivité, lorsqu'une citation était attribuable à plusieurs domaines ou sous thèmes, elle était rangée dans chacune d'eux. L'arborescence de codage n'a cessé d'évoluer tout au long du codage, afin de permettre l'inclusion de toutes les citations pertinentes.

Les domaines les plus pertinents ont ensuite été identifiés selon P. Evrard et al (82):

- La fréquence de chaque sous-thème : toute croyance évoquée à plusieurs reprises par plusieurs individus était catégorisée comme fréquente.
- L'évidence de croyances fortes et ancrées. Il s'agit d'une croyance évoquée comme étant l'élément principal qui influence le participant dans leur gestion de la déprescription. D'autant plus si elle est évoquée de façon répétée par le participant.
- L'existence de croyances divergentes entre chaque partie prenante.

Certains thèmes spécifiques aux professionnels de santé ou aux patients ont également été ajoutés afin d'offrir une vision détaillée des barrières et des facilitateurs du comportement étudié.

2.5 Analyse de l'étude mixte parallèle convergente

Le *Protocole de triangulation de Farmer (103)* permet d'analyser les méthodes mixtes parallèles convergentes, et se décline en six étapes (figure 14) :

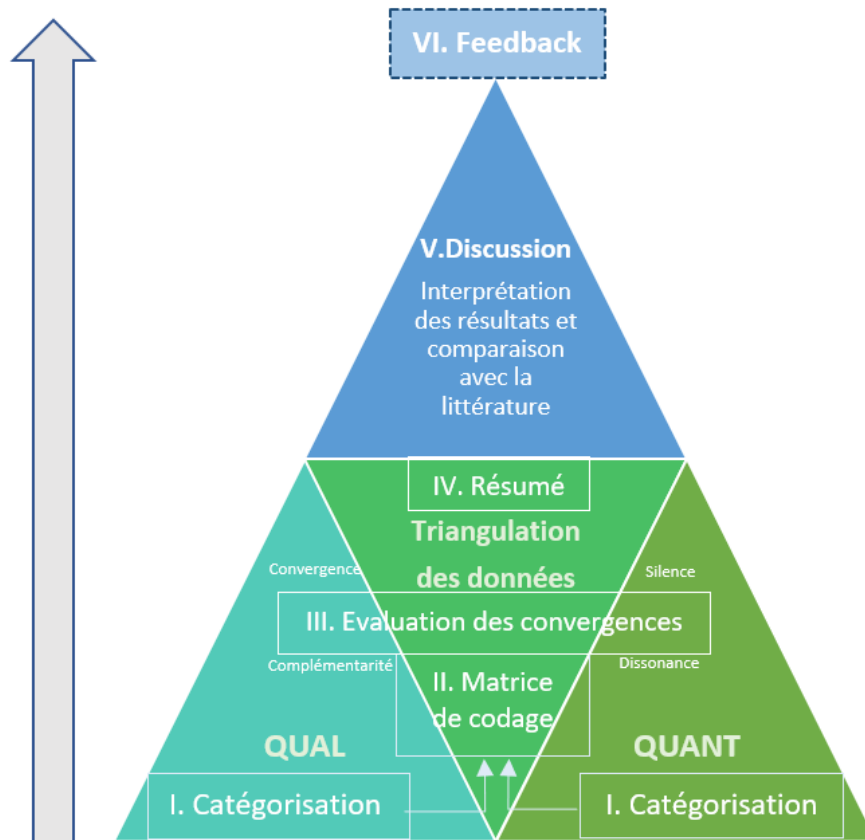


Figure 14 : Triangulation de Farmer utilisée pour comparer les données QUAL + QUANT

1. Catégorisation/tri des données QUAL + QUANT : La première étape a été de classer les données QUAL et QUANT en catégories similaires qui ont permis de répondre à la question de recherche. Ces catégories ont ensuite été intégrées dans une matrice de codage. Cette première étape a permis de visualiser des données qui se chevauchent entre les deux analyses et d'autres qui sont divergentes. Ainsi, lorsque des données se retrouvaient dans une analyse et pas dans l'autre, elles constituaient une nouvelle catégorie et étaient ajoutées à la matrice.
2. Codage des convergences : Cette matrice, présentée sous forme de tableau, a constitué la deuxième étape du *Protocole de triangulation*. En effet, une fois les catégories listées, celles-ci ont servi de base pour comparer les résultats QUAL et QUANT entre eux. Pour chaque catégorie de la matrice de codage, les données clés des deux parties (QUAL + QUANT) ont été identifiées et rapportées sur la matrice afin d'être comparées. Ensuite, la convergence entre les données QUAL et QUANT a été évaluée et catégorisée selon 4 termes :
 - Une convergence : lorsque les résultats des deux analyses concordent
 - Une complémentarité : lorsque les résultats offrent des données complémentaires sur une même catégorie.

- Dissonance : lorsque les résultats retrouvés dans chaque analyse semblent se contredire.
 - Silence : lorsqu'on retrouve une catégorie de résultats dans une analyse mais pas dans l'autre.
3. Evaluer la convergence des données : le taux de convergence global des données récoltées dans la matrice a ensuite été évalué.
 4. Résumé des éléments clés : les éléments clés de la matrice de codage ainsi que les convergences et les dissonances entre les deux analyses ont été résumées et interprétées dans la discussion.
 5. Comparaison des données trouvées avec la littérature : les résultats QUAL + QUANT de l'étude ont été comparés avec la littérature existante, afin d'évaluer les éventuelles convergences ou dissonances entre les données.
Dans le cadre de ce travail, chaque élément clé sera discuté, interprété (point 4) et comparé à la littérature (point 5) en un seul bloc.
 6. Feedback : cette dernière étape de la Triangulation de Farmer est un élément important de la méthode mixte. Elle consiste en un feedback structuré des résultats de la mixte méthode aux différents participants de l'étude, afin d'étayer encore les résultats retrouvés et d'alimenter le lac de données. Le feedback permet également de sensibiliser les participants aux éléments clés qui influence la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs.
Dans le cadre de cette étude, le feedback consiste en la présentation des données dans le cadre de ce travail de recherche. Elle n'a donc pu être réalisée au préalable de la publication de ce rapport.

2.6 Exigences légales

Ce projet s'inscrivant dans un processus d'amélioration de la qualité des soins, il n'a pas pour objectif de constituer une recherche scientifique sur les maladies humaines ou sur la structure et le fonctionnement du corps humain. Cette étude n'entre, par conséquent, pas dans le champ d'application de la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH) et a obtenu une demande de non-objection de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CCER).

Cette étude a été menée avec l'accord préalable des chefs de service et de département.

Après description des objectifs de l'étude et du déroulement des entretiens, tous les participants à l'étude qualitative ont dû fournir un consentement oral ainsi qu'un accord d'enregistrement. Un temps de réflexion était laissé à chaque participant, selon sa propre volonté. Les données issues de la partie qualitatives ont ensuite été anonymisées, y inclus les noms de lieux ou de proches connus de tel sorte qu'aucun lien ne puisse être fait entre l'entretien et le participant qui l'a réalisé. Les données issues de

la partie quantitative ont, quant à elles, été codées, c'est-à dire que chaque nom et prénom de patient et date de naissance ont été supprimé pour ne garder que les identifiants des patients.

3. Résultats

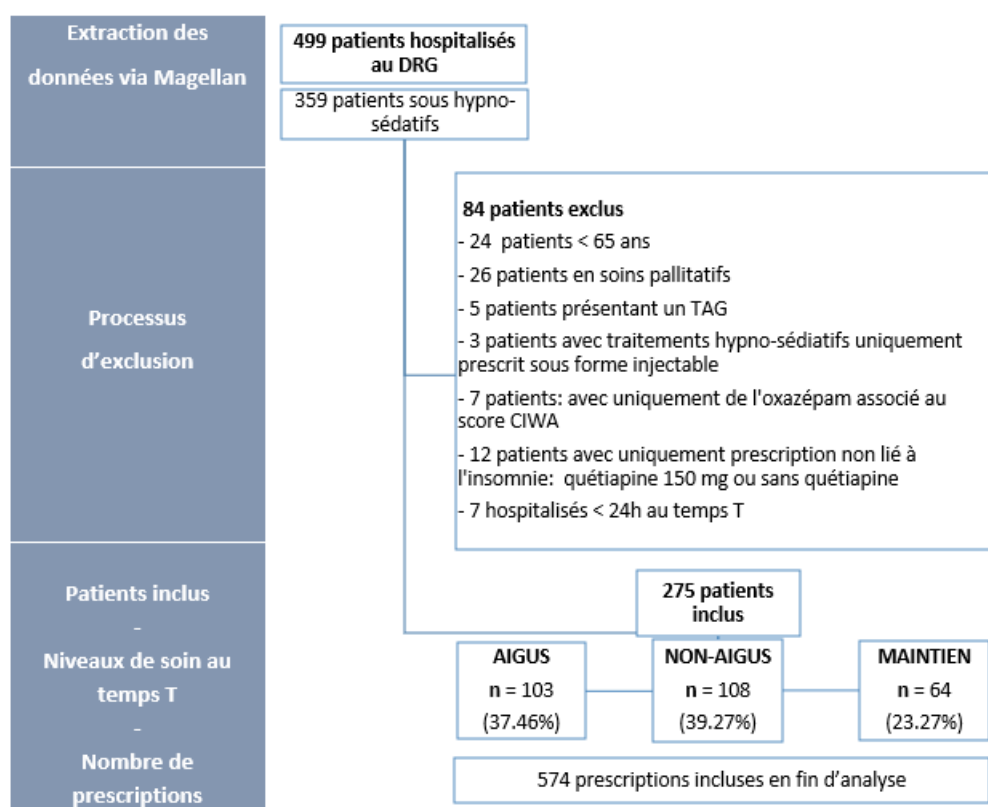
« La facilité, c'est le talent qui se retourne contre nous »
Jean-Paul Sartre

3.1 Partie quantitative : Etat des lieux des pratiques de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs

3.1.1 Population ciblée

3.1.1.1 Processus d'inclusion

L'organigramme du processus d'inclusion et d'exclusion des patients au sein de l'étude est présenté en figure 15. La requête a été lancée le 22.06.2023 à 13h46, ce qui correspond au temps T de l'étude. Des 499 patients hospitalisés au temps T dans l'entièreté du département de réadaptation et gériatrie, l'extraction a ressorti 359 patients sous hypno-sédatifs. Ainsi, 84 patients ont ensuite été exclus de l'étude pour répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion. Au total, 275 patients ont été inclus dans l'étude.



TAG : Trouble anxieux généralisé ; Score CIWA : Clinical Institute Withdrawal Assessment, score de bilan de dépendance de toxicomanes

Figure 15 : Processus d'inclusion des patients au sein de l'analyse QUANT

3.1.1.2 Caractéristiques démographiques de la population ciblée

Les caractéristiques démographiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau 7.

La durée médiane de séjour au temps T était de 31 jours. Ce chiffre est très variable, en fonction du niveau de soin. En effet, la médiane était à 45 jours d'hospitalisation en soins aigus, 68 en soins non-aigus et à 144 en soin de maintien. Le séjour maximum pour les patients hospitalisés en soins aigus était de 96 jours au temps T. Une consultation ultérieure du dossier du patient resté 96 jours a révélé qu'il s'agissait d'un patient ayant subi plusieurs transferts entre les soins aigus et non-aigus. La moyenne d'âge, 86 ans, est similaire dans les niveaux de soins aigus et non-aigus par rapport à la population étudiée.

Tableau 7 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée (QUANT)

Caractéristiques	Population totale n = 275	Soins AIGUS n = 103 (37.5 %)	Soins NON-AIGUS n = 108 (39.3 %)	Soins de maintien n = 64 (23.3 %)
Durée du séjour au temps T (J)				
Médiane [Q1-Q3]; min; max	31 [12-77] 2 ; 1185	45 [32-56] 2 ; 368	68 [44-114] 4 ; 532	144 [84-244.5] 9 ; 1185
Age (années)				
Moyenne ± Ecart-type	86.46 ± 7.31	86.5 ± 6.5	87.8 ± 6.7	84.2 ± 9.0
Tranche d'âge n (%)				
65-74	17 (6.2)	3 (2.9)	3 (2.8)	11 (17.5)
75-84	84 (30.6)	36 (35.0)	30 (27.8)	18 (26.9)
85-94	134 (48.7)	48 (46.6)	60 (55.6)	26 (41.3)
95-104	40 (14.6)	16 (15.5)	15 (13.9)	9 (14.3)
Sexe n (%)				
Femme	169 (61.4)	64 (62.1)	71 (65.7)	34 (53.1)
Homme	106 (38.6)	39 (37.9)	37 (34.2)	30 (46.9)
Score gériatrique				
CIRS Moy ± Ecart-type (sur 56)	19.5 ± 6.3	Non mesuré	19.7 ± 6.2	12.0 ± 2.8
MIF Moy ± Ecart-type (sur 126)	72.2 ± 26.9	70.4 ± 28.3	73.6 ± 25.5	72.9 ± 27.2
Comorbidités n° (%)				
Hypertension	196 (71.2)	67 (65.0)	88 (81.4)	41 (64.1)
Diabète	65 (23.6)	26 (25.2)	26 (24.1)	13 (20.3)
Démence (tous types)	35 (12.7)	12 (4.3)	6 (5.6)	17 (26.6)
Maladie à corps de Lewy	2 (0.7)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (1.6)
Alzheimer	21 (7.6)	7 (6.7)	5 (4.6)	9 (14.1)
Parkinson	22 (8.0)	5 (4.8)	10 (9.3)	7 (10.9)
Douleur	87 (31.6)	29 (28.2)	32 (29.6)	26 (40.6)
Polymédication :				
Nombre de prescriptions				
Moyenne ± Ecart-type	17.1 ± 5,6			
Les pourcentages sont exprimés par rapport au total de la colonne correspondante				
Q1-Q3 : interquartile 25% - interquartile 75%				
CIRS : cumulative illness rating-scale, échelle d'évaluation des comorbidités (score max : 56)				
MIF : mesure d'indépendance fonctionnelle				

Le score CIRS, évaluant le taux de comorbidité, était à 19.5 sur un total de 56. En soin de maintien, ce score était à 12.0. Le score MIF, mesurant l'indépendance fonctionnelle des patients étaient en moyenne de 72.2 avec une grande variabilité, le minimum étant à 18 et le maximum à 126. Les échelles de scores CIRS et MIF sont disponibles en annexes 3. Au total, 12,7% de patients souffraient de démences, et 31.6% souffraient de douleurs. En soin de maintien 40.6% des patients souffraient de douleurs.

Une revue de la polymédication des patients a mis en évidence $17.1 \pm 5,6$ (moyenne-écart-type) prescriptions différentes par patients. Ceci inclus tous les traitements pharmacologiques, toute voie d'administration (per os, topique, iv, etc.) et toute condition (réserve, d'office) confondue.

Le nombre de traitements par patients était très variable, allant de 4 lignes de prescription jusqu'à 42. Deux patients en soin de maintien avaient 4 traitements prescrits. Tous les autres patients (tous soins confondus) avaient plus de 5 traitements prescrits.

3.1.2 Indications probables répertoriées

Les indications potentielles des benzodiazépines et hypno-sédatifs répertoriées dans le DPI des patients sont reprises en figure 16. Parmi les 275 patients admis dans cette analyse quantitative, 103 (37%) n'ont pas d'indication claire de leur traitement hypno-sédatif, dans leur dossier. Et seulement 58 (21.1%) ont une indication posée de troubles du sommeil (représentée en nuances de bleu dans le graphique) retrouvée, soit dans les problèmes aigus, chroniques et antécédents, soit directement rattachée dans l'ordre de prescription pour les traitements en réserve. Trente-trois d'entre eux (12.0% du total) présentent une anxiété associée, et 23 (8.36% du total) une dépression associée. Au total, 110 (40.0%) des patients ont une indication posée d'angoisse ou d'anxiété. Comme les insomnies, ces anxiétés étaient reprises soit dans les problèmes aigus, chroniques et antécédents, soit directement sur la prescription.

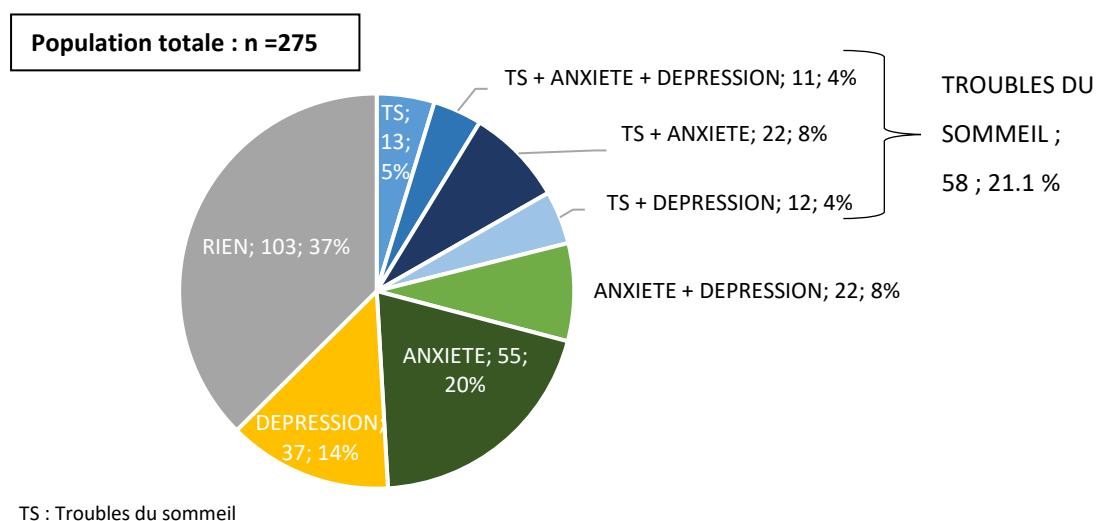


Figure 16 : Indications potentielles répertoriées des benzodiazépines et hypno-sédatifs, exprimées en nombre (n°) et pourcentage (%) de patients

3.1.3 Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T et par niveau de soin

Le tableau 8 reprend le taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits au temps T et leur répartition par classe et par niveau de soin. Au total, 574 prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs ont été analysées. Et 86.8% d'entre elles étaient actives au temps T. En effet le terme « AUCUN » dans le tableau se rapporte à une prescription inactive.

Tableau 8 : Répartitions des benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T, selon le niveau de soins

Benzodiazépines et hypno-sédatifs	Prescription totales (n = 574) n (%)	Aigus (n = 212) n (%)	Non Aigus (n = 204) n (%)	Maintien (n = 158) n (%)
Benzodiazépines	116 (20.2)	46 (21.7)	49 (24)	21 (13.3)
lorazépam	64 (11.1)	25 (11.8)	27 (13.2)	12 (7.6)
oxazépam	16 (2.8)	5 (2.4)	6 (2.9)	5 (3.2)
bromazépam	14 (2.4)	9 (4.2)	5 (2.5)	(0)
clonazépam	9 (1.6)	3 (1.4)	5 (2.5)	1 (0.6)
alprazolam	6 (1)	2 (0.9)	2 (1)	2 (1.3)
flurazépam	3 (0.5)	(0)	3 (1.5)	(0)
clobazam	1 (0.2)	1 (0.5)	(0)	(0)
clorazepate dikalium	1 (0.2)	(0)	(0)	1 (0.6)
nitrazépam	1 (0.2)	1 (0.5)	(0)	(0)
triazolam	1 (0.2)	(0)	1 (0.5)	(0)
Z-drugs	27 (4.7)	12 (5.7)	12 (5.9)	3 (1.9)
zolpidem	22 (3.8)	8 (3.8)	11 (5.4)	3 (1.9)
zopiclone	5 (0.9)	4 (1.9)	1 (0.5)	(0)
Antidépresseur	77 (13.4)	26 (12.3)	22 (10.8)	29 (18.4)
mirtazapine	44 (7.7)	17 (8)	11 (5.4)	16 (10.1)
trazodone	24 (4.2)	8 (3.8)	6 (2.9)	10 (6.3)
miansérine	8 (1.4)	1 (0.5)	4 (2)	3 (1.9)
amitriptyline	1 (0.2)	(0)	1 (0.5)	(0)
Antihistaminique	1 (0.2)	(0)	(0)	1 (0.6)
Antipsychotiques	132 (23)	59 (27.8)	36 (17.6)	37 (23.4)
Clométhiazol	74 (12.9)	12 (5.7)	25 (12.3)	37 (23.4)
Mélatonine	71 (12.4)	24 (11.3)	38 (18.6)	9 (5.7)
AUCUN	76 (13.2)	33 (15.6)	22 (10.8)	21 (13.3)

Au temps T, la classe la plus prescrite était les benzodiazépines et concernait 20.2% des prescriptions. La benzodiazépine la plus prescrite était le lorazépam, prescrite 64 fois (11,1%), suivi de l'oxazépam (16 ;2.79%) et du bromazépam (14 ;2.4%). La quétiapine 132/574 (23.0%) est deux fois plus prescrite que la mélatonine 71/574 (12.4%) ou le lorazépam. La mirtazapine est l'antidépresseur le plus prescrit et concerne 44/574 des prescriptions (7.7%).

Au temps T, 13.2% des prescriptions étaient inactives (terme « aucun »). Pour rappel, le terme « aucun » fait référence à des prescriptions qui ont été actives soit à domicile, soit au temps T, soit à la sortie, et qui ont été inactivées à une autre période.

Le traitement le plus prescrit en soins aigus est la quétiapine 59/212 (27.8%), suivi des benzodiazépines 46/212 (21.7%). Ces dernières constituent la 1^{ère} classe de traitement prescrits en soins non aigus 49/204 prescriptions (24.0%) et le lorazépam occupe plus de la moitié de ces prescriptions 27/204 (13.2%). En soins de maintien, les médicaments le plus prescrits sont, de manière équivalente, la quétiapine et le clométhiazole 37/158 (23.4%). Les antidépresseurs occupent la 3^{ème} place des médicaments les plus prescrits en soins de maintien 29 (18.4%), suivi des benzodiazépines 21/158 (13.3%).

3.1.4 Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T et par tranche d'âge

Le tableau 9 reprend le taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits au temps T et leur répartition par classe et par strate d'âge.

Une répartition inhomogène des benzodiazépines est observée entre les strates d'âge. En effet, elles concernaient 27.7% du nombre total de prescriptions chez les 65-74 ans, 15.9 % chez les 85-94 ans. Chez les 95-104 ans, chez les benzodiazépines concernaient plus de 20% du nombre total de prescriptions (16 ;22.2 %).

Tableau 9 : Répartitions des benzodiazépines et hypno-sédatifs selon les tranches d'âge

Benzodiazépines et hypno-sédatifs	Total (n = 574) n (%)	65-74 (n = 47) n (%)	75-84 (n = 184) n (%)	85-94 (n = 271) n (%)	95-104 (n = 72) n (%)
Benzodiazépines	116 (20.2)	13 (27.7)	44 (23.9)	43 (15.9)	16 (22.2)
lorazépam	64 (11.1)	8 (17)	20 (10.9)	29 (10.7)	7 (9.7)
oxazépam	16 (2.8)	1 (2.1)	7 (3.8)	5 (1.8)	3 (4.2)
bromazépam	14 (2.4)	(0)	7 (3.8)	4 (1.5)	3 (4.2)
clonazépam	9 (1.6)	(0)	3 (1.6)	4 (1.5)	2 (2.8)
alprazolam	6 (1)	2 (4.3)	4 (2.2)	(0)	(0)
flurazépam	3 (0.5)	(0)	2 (1.1)	(0)	1 (1.4)
clobazam	1 (0.2)	1 (2.1)	(0)	(0)	(0)
clorazepate dikalium	1 (0.2)	1 (2.1)	(0)	(0)	(0)
nitrazépam	1 (0.2)	(0)	(0)	1 (0.4)	(0)
triazolam	1 (0.2)	(0)	1 (0.5)	(0)	(0)
Z-drugs	27 (4.7)	2 (4.3)	8 (4.3)	11 (4.1)	6 (8.3)
zolpidem	22 (3.8)	2 (4.3)	6 (3.3)	9 (3.3)	5 (6.9)
zopiclone	5 (0.9)	(0)	2 (1.1)	2 (0.7)	1 (1.4)
Antidépresseur	77 (13.4)	7 (14.9)	24 (13)	37 (13.7)	9 (12.5)
mirtazapine	44 (7.7)	2 (4.3)	14 (7.6)	23 (8.5)	5 (6.9)
trazodone	24 (4.2)	4 (8.5)	5 (2.7)	11 (4.1)	4 (5.6)
miansérine	8 (1.4)	1 (2.1)	5 (2.7)	2 (0.7)	(0)
amitriptyline	1 (0.2)	(0)	(0)	1 (0.4)	(0)
Antihistaminique	1 (0.2)	(0)	(0)	1 (0.4)	(0)
hydroxyzine	1 (0.2)	(0)	(0)	1 (0.4)	(0)
Antipsychotiques	132 (23)	10 (21.3)	37 (20.1)	71 (26.2)	14 (19.4)
quétiapine	132 (23)	10 (21.3)	37 (20.1)	71 (26.2)	14 (19.4)
Clométhiazol	74 (12.9)	5 (10.6)	27 (14.7)	36 (13.3)	6 (8.3)
Mélatonine	71 (12.4)	5 (10.6)	22 (12)	32 (11.8)	12 (16.7)
AUCUN	76 (13.2)	5 (10.6)	22 (12)	40 (14.8)	9 (12.5)
Total général	574 (100)	47 (100)	184 (100)	271 (100)	72 (100)

3.1.5 Evolution du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient entre le domicile, le temps T et la sortie

La prévalence du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient est détaillée dans le tableau 10.

Les patients avaient en moyenne 0.87 traitements prescrits à domicile. Le nombre de prescription a augmenté à 1.82 au temps T puis est redescendu à 1.36 à la sortie, soit 59% de plus qu'au domicile. Parmi les 275 patients, plus de la moitié des patients (144 ; 52.4%) avaient un seul traitement durant leur hospitalisation et près de 25% en avait deux à cette période.

Plus de 75% de la population analysée avait maximum un traitement au domicile et maximum deux traitements au temps T et à la sortie (Q3).

47.6% des patients ont plus d'un hypno-sédatif prescrit au temps T, contre 20.3 % à domicile. A la sortie, 33.4% des patients inclus dans l'étude ont encore plus d'un hypno-sédatif prescrit. Au total, 2.1% des patients avaient plus de trois traitements à domicile, contre 8.4% durant l'hospitalisation et 4.7% à la sortie. Le nombre maximal de traitements prescrit par patient a augmenté entre le domicile et la sortie : quatre à domicile, cinq en cours d'hospitalisation et six à la sortie.

Tableau 10 : Evolution du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient

	Domicile (n = 275)	Temps T (n = 275)	Sortie (n = 275)
Moyenne	0.87	1.82	1.36
		x 2.09	x 0.75
Médiane [Q1-Q3]	1.00 [0-1]	1.00 [1-2]	1.00 [1-2]
Min	0.00	1.00	0.00
Max	4.00	5.00	6.00
0	119 (43.3)	0 (0)	54 (19.6)
1	100 (36.4)	144 (52.4)	129 (46.9)
2	35 (12.7)	68 (24.7)	50 (18.2)
3	15 (5.4)	40 (14.6)	29 (10.5)
>3	6 (2.2)	23 (8.4)	13 (4.7)

3.1.6 Evolution du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs entre le domicile, le temps T et la sortie

Le tableau 11 rend compte d'une augmentation du taux de benzodiazépines après l'admission, puis d'une diminution à la sortie.

En effet, des 12,02% de benzodiazépines prescrits à domicile, 8 % de plus sont prescrits pendant le séjour et quasi le même volume de benzodiazépines est déprescrit à la sortie.

Le nombre de prescriptions a augmenté entre le domicile et la sortie d'hospitalisation, pour certaines molécules : c'est le cas de la quétiapine (+90.6%) du clométhiazole (+160.9), de la mélatonine (+165.0) et des antidépresseurs (+76.0%). Ainsi, sur les 574 prescriptions analysées le nombre total de prescriptions actives passe de 41.64% à domicile, puis augmente à 86.76% en cours d'hospitalisation et redescend à 64.98% sur l'ordonnance de sortie. A noter que le nombre de données manquantes à domicile était de seulement 3.66%. Enfin, 54.7% des prescriptions étaient inactives à domicile. Elles sont reprises sous le terme « AUCUN » dans le tableau ci-contre, qui signifie que la prescription analysée ne figurait pas dans les sources analysées dans le dossier (onglet prescription à domicile, lettre d'admission, ou de transfert depuis l'extérieur). Sur 574 lignes de prescriptions, seules 5 (0,87%) concernaient de la phytothérapie au domicile.

Tableau 11 : Evolution du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au cours du temps

Benzodiazépines et hypno-sédatifs	Domicile (n = 574) n (%)	Temps T (n = 574) n (%)	Sortie (n = 574) n (%)	Evolution de prescriptions entre Temps T et sortie n (%)	Evolution de prescriptions entre domicile et sortie n (%)
Prescriptions actives	239 (41.6)	498 (86.7)	373 (65)	-125 (-25.1)	+134 (+56.1)
Benzodiazépines	69 (12.0)	116 (20.2)	70 (12)	-46 (-39.7)	+1 (+1.4)
lorazépam	19 (3.3)	64 (11.2)	37 (6.5)	-27 (-42.2)	+18 (+94.7)
oxazépam	18 (3.1)	16 (2.8)	10 (1.7)	-6 (-37.5)	-8 (-44.4)
bromazépam	12 (2.1)	14 (2.4)	7 (1.2)	-7 (-50.0)	-5 (-41.7)
alprazolam	7 (1.2)	6 (1.1)	4 (0.7)	-2 (-33.3)	-3 (-42.9)
flurazépam	4 (0.7)	3 (0.5)	2 (0.4)	-1 (-33.3)	-2 (-50.0)
clonazépam	3 (0.5)	9 (1.6)	5 (0.9)	-4 (-44.4)	+2 (+66.7)
clobazam	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)
clorazepate dikalium	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)
diazépam	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-1 (-100)
flunitrazépam	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-1 (-100)
lormétazepam	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-1 (-100)
triazolam	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0)	-1 (-100)	-1 (-100)
Z-drugs	25 (4.4)	27 (4.7)	15 (2.6)	-12 (-44.4)	-10 (-40.0)
zolpidem	21 (3.7)	22 (3.8)	12 (2.1)	-10 (-45.5)	-9 (-42.9)
zopiclone	4 (0.7)	5 (0.9)	3 (0.5)	-2 (-40.0)	-1 (-25.0)
Antidépresseur	42 (7.3)	77 (13.4)	74 (12.9)	-3 (-39.0)	+32 (+76.2)
mirtazapine	25 (4.4)	44 (7.7)	43 (7.5)	-1 (-2.3)	+19 (+76.0)
trazodone	12 (2.1)	24 (4.2)	21 (3.7)	-3 (-12.5)	+9 (+75.0)
miansérine	3 (0.5)	8 (1.4)	10 (1.7)	+2 (+25.0)	+7 (+233.3)
amitriptyline	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0)	-1 (-100)	-1 (-100)
sertraline	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-1 (-100)
Antihistaminique	2 (0.4)	1 (0.1)	0 (0)	-1 (-100)	-2 (-100)
diphénhydramine	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-1 (-100)
hydroxyzine	1 (0.2)	1 (0.1)	0 (0)	-1 (-100)	-1 (-100)
Antipsychotiques	53 (9.2)	132 (23)	101 (17.6)	-31 (-23.5)	+48 (+90.6)
quétiapine	53 (9.2)	132 (23)	101 (17.6)	-31 (-23.5)	+48 (+90.6)
Clométhiazol	23 (4.0)	74 (12.9)	60 (10.5)	-14 (-18.9)	+37 (+160.9)
Mélatonine	20 (3.5)	71 (12.4)	53 (9.2)	-18 (-25.6)	+33 (+165.0)
Phytothérapie	5 (0.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-5 (-100)
valériane	3 (0.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-3 (-100)
passiflore, mélisse, valériane	2 (0.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (-100)
Fin de vie	0 (0)	0 (0)	12 (2.1)	+12 (+100)	+12 (+100)
Décès	0 (0)	0 (0)	11 (1.9)	+11 (+100)	+11 (+100)
Soins palliatifs	0 (0)	0 (0)	1 (0.2)	+1 (+100)	+1 (+100)
AUCUN DONNEE	314 (54.7)	76 (13.2)	183 (31.9)	+107 (+140.8)	-131 (-41.7)
MANQUANTE	21 (3.7)	0 (0)	6 (1.1)	+6 (+100)	-15 (-71.4)

3.1.7 Caractérisation des évolutions de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs

La figure 17 dévoile la répartition de l'évolution des prescriptions depuis l'admission des patients jusqu'à leur sortie d'hospitalisation.

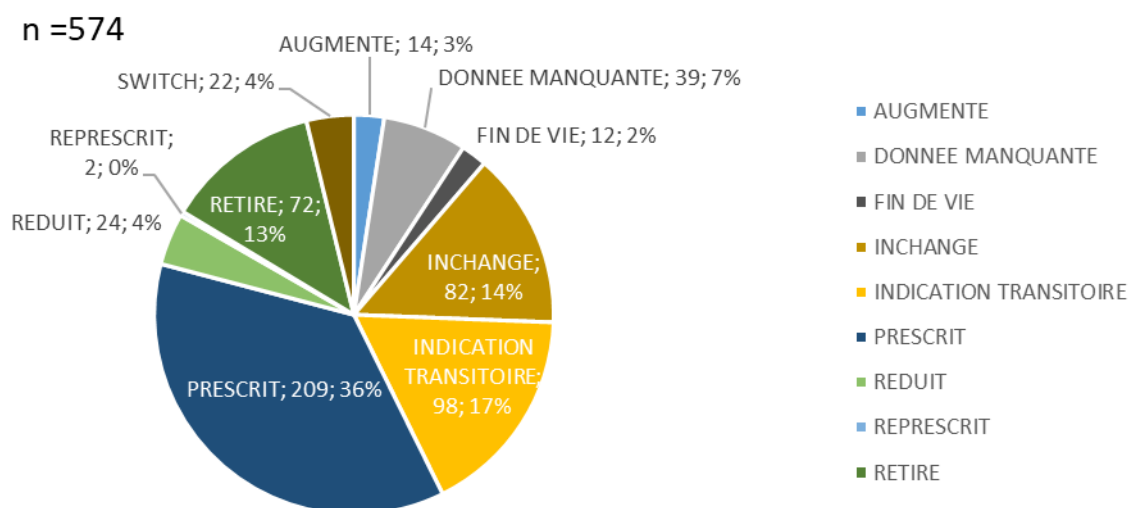


Figure 17 : Evolution des prescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs, exprimée en nombre (n°) et pourcentage (%) de patients

Parmi les 574 prescriptions analysées, 209 molécules ont été prescrites en cours d'hospitalisation et maintenues à la sortie. Quatorze molécules (3%) ont été augmentées au niveau de la dose, de la fréquence ou de la condition de prescription. En effet, le passage de réserve à prescription d'office était considéré comme une augmentation de la prescription.

Si l'on regarde plus en détail, les molécules concernées par ces différentes évolutions, on observe que :

- Parmi les 209 molécules prescrites en cours d'hospitalisation, la quétiapine est la plus représentée (68 ; 32.5%) suivie du clométhiazole (44 ; 21.1%) puis des antidépresseurs (30 ; 14.4%) et des benzodiazépines (30 ; 14.4%). La figure 18 dévoile en détail les molécules prescrites et maintenues à la sortie.
- Les indications transitoires, c'est-à-dire les molécules prescrites en cours d'hospitalisation et déprescrites avant la sortie, concernaient essentiellement la quétiapine (25 ; 25,5%), benzodiazépines (30 ; 30.6%), les z-drugs (18 ; 18.3%) et la mélatonine (16 ; 16.3%) ;

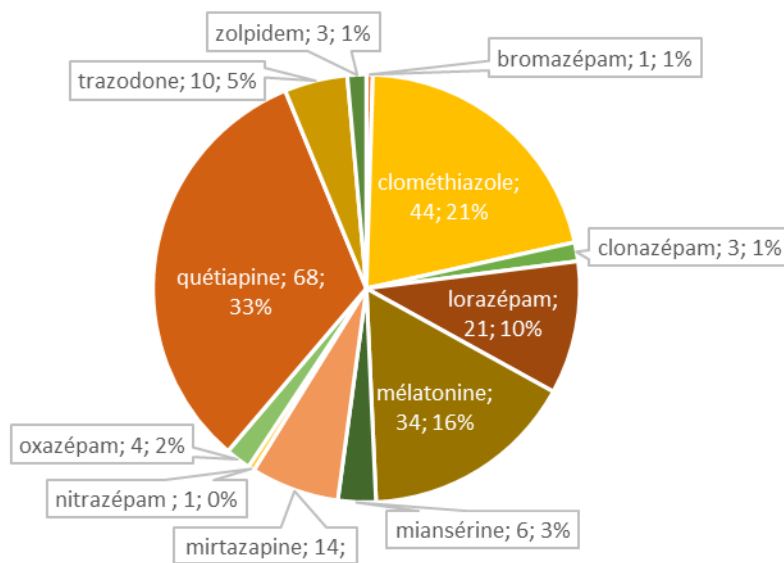


Figure 18 : Nouvelles prescriptions instaurées durant l'hospitalisation et maintenues à la sortie

- Parmi les molécules ou classe de molécules dont la prescription est demeurée inchangée pendant toute l'hospitalisation, on compte : les antidépresseurs (22 ; 26.8%), la quétiapine (17 ;20.7%), la mélatonine (15 ;18.3%) et enfin les benzodiazépines (14 ; 17.1%) ;
- Parmi les quatorze médicaments dont les posologies ont été augmentées en cours d'hospitalisation figurent quatre quétiapines (28.6%), quatre antidépresseurs et quatre benzodiazépines, dont deux à demi-vie courte ;
- Les classes de molécules avec le plus de réductions de dose, de fréquence, ou de condition (passage de d'office à réserve) étaient les benzodiazépines (8 ; 33.3%), suivies des antipsychotiques (7 ; 29,2%) et des antidépresseurs 5 (20.8%) ;
- Les deux tentatives d'interruption avortées concernaient de l'oxazépam et ont été stoppées en soins non aigus mais reprise en soin de maintien ;
- Des septante-deux molécules retirées, vingt-huit étaient des benzodiazépines (39,8%) ; huit concernaient des z-drugs (11.1%) et dix-sept de la quétiapine (23.6 %) ; les détails de ces déprescriptions sont repris en figure 19.
- Les trois prescriptions de phytothérapie prescrites à domicile ont été retirées à l'admission et non reprise
- Vingt-deux changements de molécule (switch) en cours d'hospitalisation ont été majoritairement remplacés par la mirtazapine (8 ; 36.3%), le lorazépam (6 ; 27.3%), le clométhiazole (4 ; 18.2%) et la mélatonine (3 ;13.6%).

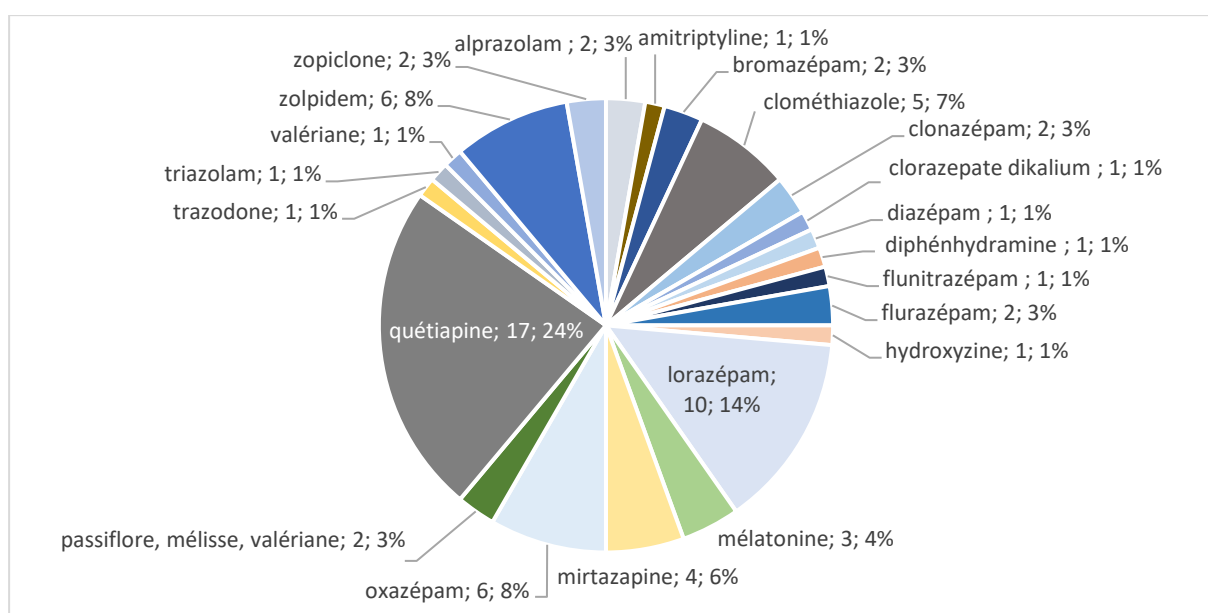


Figure 19 : Molécules déprescrites durant l'hospitalisation et non reprises à la sortie

La figure 20 reprend les données décrites mais en plaçant en abscisse les DCI au temps T, afin d'offrir une vision 3D de l'évolution de ces prescriptions.

Un quart des prescriptions de mélatonine analysées avaient été instaurées à domicile et n'ont pas été modifiées. Un autre quart concernait une indication transitoire durant l'hospitalisation. La moitié restante concernait des nouvelles prescriptions de mélatonine poursuivies à la sortie.

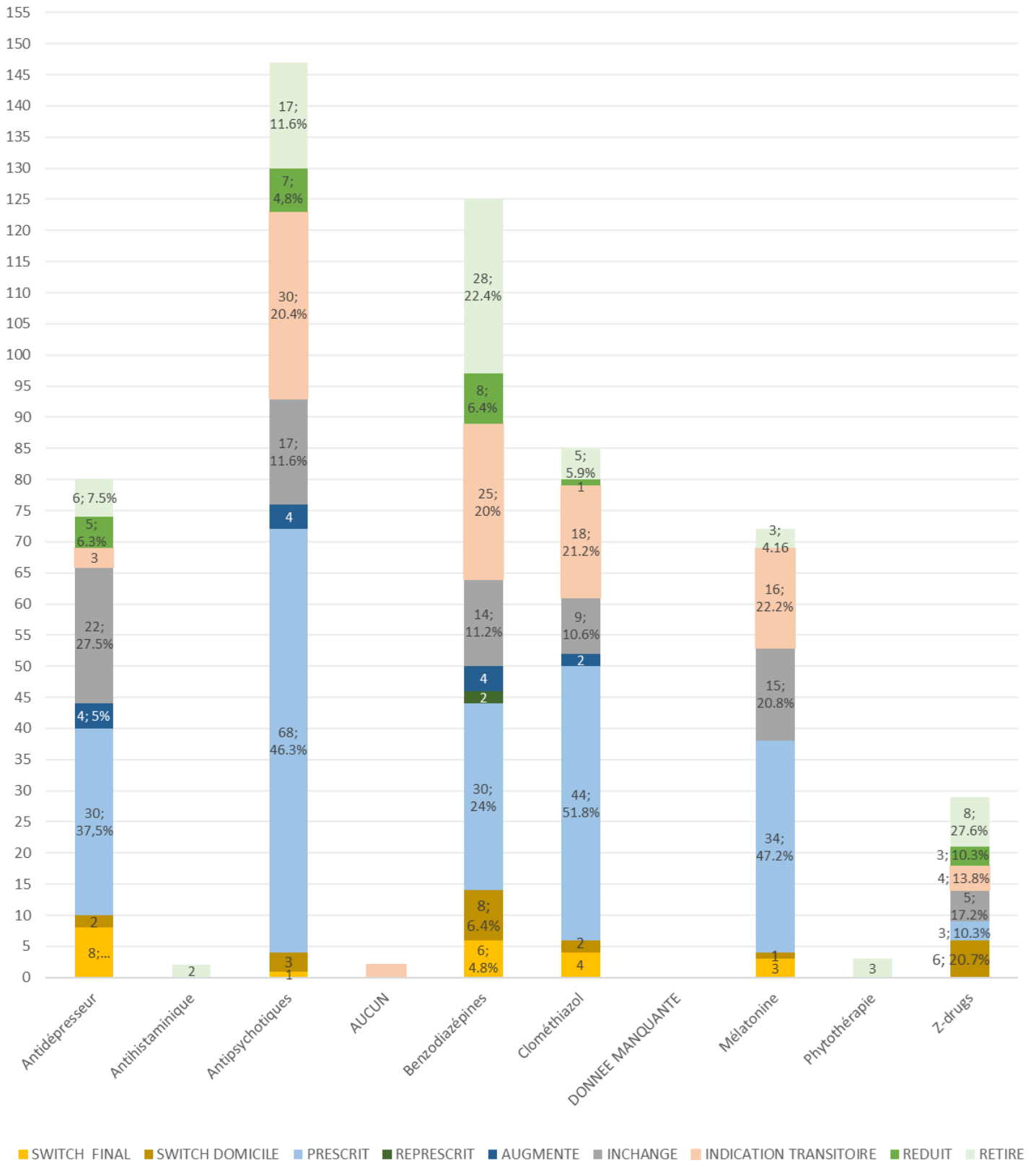


Figure 20 : Evolution des prescriptions en cours d'hospitalisation (DCI en abscisse)

3.1.8 Nombre de patients gériatriques recevant au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs

Sur les 275 patients âgés inclus dans l'étude, 186 (67.6%) reçoivent au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines ou hypno-sédatifs, et 118 (63.8%) d'entre eux, soit **42.9%** du total sortent d'hospitalisation avec ce(s) nouveau(x) traitement(s). Sur les 275 patients âgés inclus dans l'étude, 46 (16.7%) reçoivent au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines, et 24 (52.2%) d'entre eux, soit **8.7%** du total sortent d'hospitalisation avec ce(s) nouveau(x) traitement(s).

3.2 Partie qualitative : Analyse des barrières et des facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez la population gériatrique

3.2.1 Création des guides d'entretien

Pour rappel, pour accompagner l'investigateur dans la tenue des entretiens individuels, deux types de guide d'entretiens ont été élaborés spécifiquement pour cette étude :

- Un guide d'entretien général : reprend, sous forme de tableau, le cadre des entretiens et les techniques à utiliser pour conduire un entretien individuel.
- Des guides d'entretiens spécifiques : semi-structuré, spécifique à chaque groupe de participants, rassemblant les questions de l'entretien en utilisant une méthode d'analyse se rapportant aux théories comportementales évoquées en début de manuscrit.

3.2.1.1 Guide d'entretien général

Le guide d'entretien général, adapté des recommandations de la SFPC, est présenté en tableau 12. Ce guide principal décrit l'attitude que l'investigateur doit adopter pour favoriser l'émergence des informations, ainsi que les techniques de communication à appliquer. Il a été construit en 4 colonnes présentant successivement les étapes clés, les objectifs de chacune de ces étapes, les postures non verbales à adopter et enfin des propositions de tournures de phrase qui répondent à l'objectif de l'étape concernée. Ce guide reprend ainsi tous les ingrédients mis en place pour optimiser l'entretien : mettre le patient à l'aise, éteindre son téléphone pour ne pas être interrompu durant l'entretien, faire en sorte de respecter la confidentialité de l'entretien, se rendre disponible pour d'éventuelles questions, etc.

Tableau 12 : Guide d'entretien général, basé sur le guide d'entretien de la SFPC

Etapes	Objectif	Non verbale	Verbal (phrases exemples)
Saluer	Exprimer de la politesse	Visage ouvert, souriant	Bonjour,
Se présenter brièvement	Exprimer de la politesse	Se tourner vers le professionnel de santé	Je suis Alexandra Le Brun. Je réalise cet entretien dans le cadre de mon travail de recherche en Pharmacie hospitalière
Brise-glace	Rendre l'environnement propice à l'échange (briser la glace)	Eteindre toute nuisance sonore, y inclus téléphone ; Proposer un verre d'eau	Comment allez-vous ? PDS : Vous n'avez pas eu de mal à trouver le local ? Patient : Vous êtes bien installé(e) ?
Remercier	Exprimer de la reconnaissance	S'installer sur une chaise, à distance acceptable	Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'entretien
Exposer le but de l'entretien	Exposer le but de l'entretien	Visage ouvert, souriant Rester à hauteur du participant, bras et jambes décroisés	Nous souhaitons comprendre quelles sont les éléments qui vous influencent dans : PDS : la gestion des troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Patient : votre gestion des troubles du sommeil au quotidien
Exposer le déroulement de l'entretien	Exposer le déroulement de l'entretien ; prévenir éventuels questionnements lors de l'entretien	Ne pas trop gigoter. Utiliser des phrases courtes	L'entretien durera approximativement 30-45 minutes. Il se peut que j'écrive quelques mots, c'est simplement pour revenir sur certains points le cas échéant.
Confirmer le consentement pour enregistrer	Eviter d'écrire pendant l'entretien, maximiser écoute et faciliter la retranscription	Dès accord, lancer l'enregistrement. Rapprocher le téléphone de l'interlocuteur	Avant que nous commençons, acceptez-vous que nous enregistrions cet entretien pour assurer ma pleine écoute tout au long de l'entretien ? Toutes les données seront anonymisées et l'enregistrement sera détruit après retranscription et analyse.
Récolte de données TDF	Connaitre les barrières et facilitateurs à la déprescription de la personne interviewée Maximiser écoute et faciliter la retranscription	Visage ouvert, souriant Eviter d'écrire pendant l'entretien. N'écrire que le mots clés sur lesquels rebondir	<i>Cfr guides entretien spécifiques</i>
Relancer	Obtenir plus d'informations Doser les interruptions	Sourire, hocher la tête Respecter les silences	Relances simples : Et ensuite ? / je vous écoute / j'entends Utilisation d'écho-miroir ou reflet : répéter les mots clés de la dernière phrase Reformulation : En d'autres termes / ce que vous me dites c'est que... Vérification synthèse : Si je comprends bien
Eventuelles déviations	Garder le cap de l'entretien	Visage ouvert, souriant	Comment pensez-vous que cela influence la gestion des troubles du sommeil ? Si c'est totalement hors sujet : si nous revenions à notre entretien...
Questions de l'interlocuteur	Confirmer la compréhension, clarifier	Visage ouvert, souriant	Je ne sais pas. / Je ne peux pas vous répondre pour le moment car cela influencerait le déroulement de l'entretien. /Je vous propose d'y revenir en fin d'entretien.
Résumé	Ressortir les informations, clarifier les différents points	Souriant, regard tourné vers l'interlocuteur (posture de non-jugement)	(Nous arrivons à la fin de cet entretien.) PDS : Si je résume un peu les freins que vous percevez à la déprescription, il y a... / ce qui vous y incite ou vous y inciterait à l'avenir, on peut citer... Patient : vous êtes sous médicament X et vous ne souhaitez pas arrêter/ seriez prêt à arrêter car...
Information personnelle	Garder le cap de l'entretien Doser les interruption/redirections	Visage ouvert, souriant	PDS : Depuis combien de temps occupez-vous votre fonction en gériatrie ? Patient : Depuis combien de temps prenez-vous ce médicament ? Puis-je vous demander votre âge ?
Rediriger les éventuelles questions	Se rendre disponible	Souriant, regard tourné vers l'interlocuteur (posture de non-jugement)	Concernant les questions que vous m'avez posées, je ne pouvais vous répondre lors de l'entretien. Question simple : (donner la réponse) Question complexe : Mais, je vous invite à en discuter avec mes collègues. Je leur en parlerai également pour qu'elles puissent revenir vers vous, le cas échéant.
Autres questions	Exprimer de la reconnaissance Accorder importance	Visage ouvert, souriant Rester assis lors de cette étape afin de marquer sa disponibilité pour d'éventuelles questions	Avez-vous d'autres questions dont vous souhaiteriez que l'on discute ?
Perspectives	Accorder importance Assurer un suivi	Visage ouvert, souriant Rester assis Interrompre l'enregistrement	Je vais analyser vos réponses et elles serviront pour mettre en place des interventions plus efficaces pour : PDS : pour vous accompagner dans cette démarche de déprescription de benzodiazépines à l'hôpital. Patient : pour accompagner les patients dans une gestion optimale de leur trouble du sommeil.
Remercier	Exprimer de la politesse	Visage ouvert, souriant	Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos réponses. Elles seront très précieuses pour apporter de meilleurs conseils aux patients.
Saluer	Exprimer de la politesse	Se lever, sans geste brusque	Je vous souhaite une belle journée, au revoir.

PDS : professionnels de santé ; SFPC : Société Française de pharmacie clinique

3.2.1.2 Guides d'entretien spécifiques semi-structuré

Les guides d'entretien spécifiques sont disponibles en annexe 5. Ces guides définissent les questions de fonds des entretiens semi-structurés, se rapportant aux théories comportementales.

Un entretien spécifique a été construit pour chacun des six groupes investigués.

Tous les guides d'entretiens spécifiques comprennent une première partie (encadré gris à droite) présentant les points clés à aborder en début d'entretien : l'objectif de l'entretien, sa durée, l'accord d'enregistrement, l'anonymisation de l'entretien et la suppression de l'enregistrement après retranscription. Afin d'éviter toute distraction des participants par cette prise de notes, une dernière phrase, informant l'interlocuteur qu'il était possible que nous prenions de légères notes lors de l'entretien, a été ajoutée à cet emplacement. Deux autres encadrés, dans les tons mauves, sont destinés à la gestion médicamenteuse des troubles du sommeil en général. Le premier encadré mauve se consacre à la gestion de la prescription, et le second, à la gestion de la déprescription. Ensuite, 14 encadrés, un par domaine TDF sont reliés à la roue du Modèle COM-B (*Capacity, Opportunity, Motivation-Behaviour*), présenté dans l'introduction. Chaque encadré comporte au moins une question propre au domaine de l'encadré. Des questions supplémentaires étaient ajoutées dans chaque encadré pour permettre de rebondir sur des éléments clés et de couvrir et nuancer l'ensemble du domaine. Un dernier encadré rappelle de demander à l'interlocuteur :

- depuis combien de temps il exerce sa profession au sein de la population gériatrique en hôpital, pour les professionnels de santé ;
- depuis combien de temps il était sous benzodiazépines, pour les patients.

3.2.2 Processus d'inclusion

Le processus d'inclusion des participants au sein de l'analyse qualitative est présenté en figure 21. La collecte des données qualitatives a été menée entre juin et début septembre 2023 sur les 3 sites de réadaptation destinés à la population gériatrique. Au total, vingt-cinq entretiens individuels ont été réalisés. Afin de finaliser l'étude dans les temps impartis, seize d'entre eux ont été retranscrits et analysés. Le choix des entretiens à analyser et à retranscrire s'est fait de façon à sélectionner les entretiens les plus riches en citations clés, les plus nuancés et les plus longs parmi tous les entretiens réalisés. Ce mode de sélection des entretiens à analyser a été préféré à une sélection aléatoire, afin de se rapprocher un maximum de la saturation des données. Ainsi, quatre entretiens patients et douze entretiens de professionnels de santé ont été retranscrits et analysés. Tous les patients entendus appartenaient au groupe de patients avec benzodiazépines à domicile. Il y avait donc au total cinq groupes de parties prenantes. Un sixième groupe, composé de patients sans benzodiazépines et

hypno-sédatifs à domicile était initialement prévu mais n'a finalement pas pu être maintenu. Les entretiens individuels ont duré entre 23 et 54 minutes.

Afin de garantir la confidentialité, les entretiens des médecins internes et des infirmiers ont eu lieu dans des salles de réunions. Les entretiens réalisés auprès des pharmaciens et des médecins cadre ont pris place dans des salles de réunions ou dans leur bureau. Seule une patiente, en chambre double, a demandé à effectuer son entretien dans une salle de réunion. Tous les autres entretiens auprès des patients se sont déroulés en chambre, ces patients étant en effet seuls dans leur chambre.

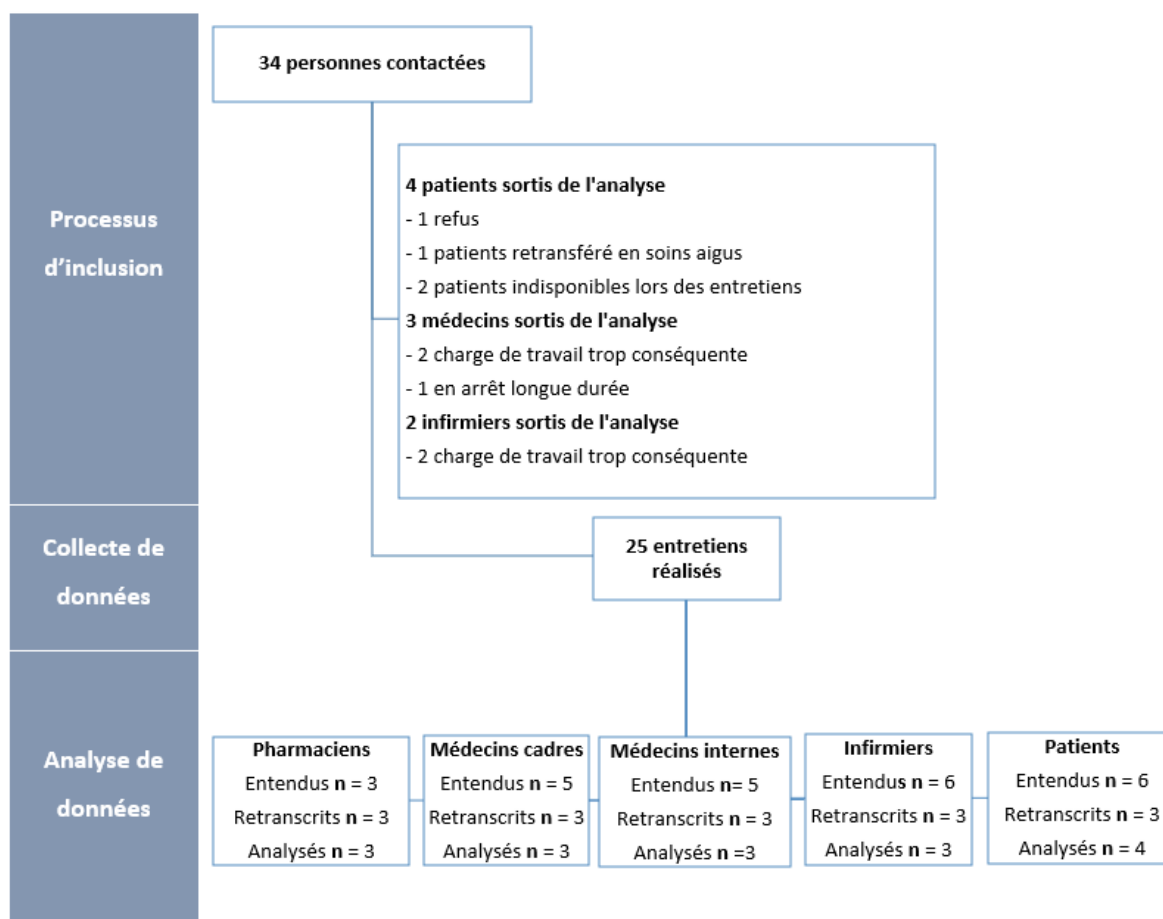


Figure 21 : Processus d'inclusion des participants au sein de l'analyse QUAL

3.2.3 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques démographiques des participants sont détaillées dans le tableau 13. Les médecins internes inclus dans cette analyse qualitative avaient maximum un an et demi d'expérience en gériatrie. Tous les professionnels de santé ont rapporté au moins une expérience d'arrêt de benzodiazépines ou z-drugs, dont un tiers était infructueuse et une moitié ont répondu que cela dépendait de chaque cas.

Les patients admis dans l'analyse qualitative avaient 89 ans en moyenne. Sur les quatre patients analysés, trois ont eu une expérience de tentatives d'arrêt dans le passé. Pour ces trois patients, la

tentative était brutale (non progressive) et s'est révélée infructueuse. Une majorité de femmes est représentées dans les différents groupes interrogés : 83%, chez les médecins et les professionnels de santé, et 75% dans le groupe patient.

Tableau 13 : Caractéristiques des participants

Caractéristiques des médecins inclus	Total (n=12)	Médecin cadre (n=3)	Médecin interne (n=3)	Infirmier (n=3)	Pharmacien (n=3)
Femme n (%)	10 (83.3)	3 (100)	2(66.7)	3 (100)	2 (66.7)
Homme n (%)	2 (16.7)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.7)
Années depuis obtention du diplôme Médiane [Q1-Q3]	N/A 12 [1.3;24.2]	12.5 ; 23 ; NC N/A	0.25 ; 0.75 ; 1.5 N/A	NC N/A	7 ; 24 ; 31 N/A
Années d'expérience en gériatrie Médiane [Q1-Q3]	N/A 7.75 [1.3;15.5]	17 ; 25 ; NC N/A	0.25 ; 0.75 ; 1.5 N/A	NC N/A	3 ; 13 ; 25 N/A
Tentative d'arrêt de BZRA n (%)	12 (100)	3 (100)	3 (100)	3 (100)	3 (100)
Tentative d'arrêt infructueuse n (%)	4 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)
Tentative d'arrêt variable n (%)	6 (50.0)	3 (100)	1 (33.3)	1 (33.7)	1 (33.3)
Tentative d'arrêt fructueuse n (%)	2 (16.7)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)
Caractéristiques des patients inclus					
Total (n=4)					
Femme n (%)	3 (75.00)				
Homme	1 (25.0)				
Age (années) Moyenne ± Ecart-type	88.75 ± 4.50				
Années d'utilisation de leur benzodiazépines (approximatif) Médiane [Q1-Q3]	17 ;50 ;50 ; NC* 50 [17 ;50]				
Tentative d'arrêt n (%)	3 (75.0)				
Tentative d'arrêt infructueuse n (%)	3 (100.0)				
Douleurs chroniques	2 (50.0)				
Nombre de BHS prescrits Médiane [Q1-Q3]	1 ; 1 ; 1 ; 2 1 [1 ; 2]				
Nombre de médicaments prescrits (Moyenne ± Ecart-type) à titre indicatif	17 ; 17 ; 25 ; NC 19.7 ± 4.62				
BHS : Benzodiazépines et hypno-sédatifs ; BZRA : benzodiazépines ou Z-drugs					
N/A : Non applicable, lorsqu'il y a moins de 2 valeurs, la mesure de la médiane est considérée non applicable.					
NC : Non connu ou non communiqué					
NC* : « tellement vieux »					

3.2.4 Description des résultats QUAL

3.2.4.1 Arborescence de codage des thèmes au sein des domaines du TDF

Pour faciliter la lecture du texte, les thèmes y sont écrits en italique et les domaines, entre guillemets. Certaines domaines et thèmes aux intitulés plus longs ont été raccourcis. Ainsi, « Mémoires, attention et processus décisionnels » devient « Processus décisionnels », « Contexte environnemental – ressources » devient « environnement », « croyances sur les capacités » devient « croyances capacités » et « croyances sur les conséquences » devient « croyances conséquences ».

L'arborescence de codage finale est présentée en tableau 14.

Dans ce tableau, lorsqu'un thème constitue une *barrière* il est notifié d'un (B), dans la colonne « Citations-clés ». A l'inverse, lorsqu'un thème constitue un *facilitateur*, il est notifié d'un (E). Un élément (E ou B) mis entre parenthèse signifie qu'il a été cité de façon peu fréquente et peu ancrée. Il est notifié essentiellement pour apporter de la nuance au thème étudié.

Certains thèmes sont graduels, c'est-à-dire qu'ils peuvent être placés soit comme barrières, soit comme facilitateurs en fonction du niveau d'appréciation des parties prenantes. C'est le cas des différents thèmes des domaines « connaissances », « influences sociales » ou des « croyances capacités ». D'autres thèmes laissent peu de place au doute et sont directement catégorisés soit comme barrières – à l'instar de la *re-prescription automatique* ou de l'*auto-validation* (« processus décisionnels ») -, soit comme facilitateurs – à l'instar de la *réévaluation du traitement* (« processus décisionnels ») ou *impact positif de la déprescription* « croyances conséquences ». Afin de mieux comprendre quels éléments du domaine « connaissance » étaient un frein, celui-ci a été clivé en 3 thèmes : *niveau de connaissances générales sur les benzodiazépines et hypno-sédatifs*, *niveau de connaissances sur les alternatives* et enfin *niveau de connaissances sur les protocoles ou recommandations* « connaissances ». Certains thèmes ont été rassemblés, afin de faciliter la lecture du tableau et d'universaliser le thème pour un maximum de parties prenantes. Ainsi, le thème Niveau de sensibilisation/formation/supervision se rapporte tant à la sensibilisation des risques et des éléments de surveillance qu'à la formation continue des professionnels de santé et à la supervision par les cadres. Bien qu'il aurait pu être mis dans les domaines « régulation comportement » ou « environnement », ce thème a été ajouté au domaine « connaissance ». Le thème *travail pluridisciplinaire* « environnement », a également été pris au sens large et englobe l'inclusion de toutes les parties prenantes à la décision y inclus les proches, comme *personne ressource* « environnement », et de soutien. Seuls les patients ne font pas partie de ce thème puisqu'ils disposent de leur thème dédié « inclusion patient » dans le domaine « processus décisionnels ».

Tableau 14 : Arborescence de codage des barrières et facilitateurs à la déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs

Domaine TDF	Thèmes	MC	MI	Inf	Phar	Pat	Citations clés
Connaissances	Niveau de connaissance sur les BZD et HS (indications et effets indésirables)	E	B	B(/E)	E	B	<p>B : « [j'ai appris] que (...) le risque de chute, il est aussi présent [avec la Distraneurine], (...) je pensais que (...) c'était tranquille » MI 021.</p> <p>B : « Des effets indésirables ? Je ne pourrais pas dire » Pat 044</p> <p>B : « les collègues (ne) connaissent pas du tout tous les effets secondaires associés » MI 033</p> <p>E : « Ça, tout le monde le sait. » Pharm, 002</p> <p>E : si tu fais passer un QCM aux médecins et aux infirmières, plus de nonante pourcents vont te dire qu'on doit absolument éviter les benzodiazépines, en particulier chez les sujets âgés » Phar 002</p>
	Niveau de connaissance sur les alternatives	B/E	B/E	E	E	B	<p>B : « j'insiste (...) ce serait bien si on avait un cours (...) connaître les alternatives » MI 021</p> <p>B : « quand s'est associé à des troubles cognitifs, et puis de l'agitation, (...) alors là, on va vite aller sur soit de la quétiapine, soit de la Distraneurine que moi j'aime beaucoup » MC 031</p> <p>E « ...de la méditation, des petites choses comme ça qu'on peut peut-être apprendre aux personnes, même âgées » MC, 032</p> <p>E « J'essaye de parcourir plutôt des solutions non médicamenteuses d'abord, des fois parfois des tisanes, certains rituels » Inf 012</p>
	Niveau de connaissances sur les guidances et outils de déprescription	B	B	N/A	E	B	<p>B : « Je n'ai pas notion d'un protocole [pour les TDS] » MC 033</p> <p>B : « Moi je n'en connais pas (de guidelines/outils MI 022</p> <p>B : « je ne sais pas sur quelle durée, (...) si le patient ne risque pas [un] sevrage » MI 021</p> <p>B : « je ne sais (...) pas si le protocole existe, mais (...) s'il n'existe pas, ça pourrait être cool d'avoir un. Et (...) Je serais intéressée d'avoir un tel document si, s'il existe déjà » MC 033.</p>
	Niveau de sensibilisation/ Formation/Supervision	E	E	B	B	B/E	<p>B : « réévaluer, c'est déjà une information que pas forcément tout le monde a » Inf 011</p> <p>B : « (...) si on a l'info qu'il faut éviter de mettre ce genre de traitement au patient. Et avoir une piqure de rappel » Inf 011.</p> <p>B : « Cette information [qu'il faut réévaluer] n'est pas forcément véhiculée chez tout le monde, pour ces traitements-là. » Inf 011</p> <p>B : « Je n'ai pas eu d'informations » Pat 042</p> <p>E : « je dis : « qu'est-ce qu'on arrête ? » (...) [les médecins internes] sont un peu sensibilisés » MC J032</p> <p>E : « ils [Médecins cadres] vont être pointilleux là-dessus, (...) introduire cette déprescription, soit la retarder un petit peu, parce que, cliniquement, il y aurait pertinence... » MI L023</p> <p>E : « on leur dit (...) de bien vérifier est-ce que c'est une agitation ou une insomnie ? Est-ce que ce trouble du sommeil pose problème dans l'immédiat ? » MC 033.</p> <p>E : « elle [MT] m'a dit : « si on prend ça longtemps, ça peut faire oublier les choses » » Pat 042</p>
Compétences	Niveau de formation pratique sur la gestion des déprescription (point de surveillance, alternatives...)	(B)/E	B	B	E	N/A	<p>B : « cette problématique (...) c'est quand même une expertise qu'on a moins » MI 023</p> <p>B : « on apprend sur le tas, et puis, c'est un peu frustrant. MI 021</p> <p>E : « on va essayer de (...) voir ce que c'est. (...) une dépression ? » MC 033</p> <p>E : « c'est quand même assez simple : sur un Powerpoint, tu mets un plan de sevrage qui tient compte depuis combien temps le patient a sa BZD, de la mi-vie, de la dose » Phar 003</p>
	Niveau de compétences communicationnelles	(B)/E	E	E	E	B/E	<p>B : « J'ai dit : « madame [au MT], je suis déjà un petit peu sourd, avec le masque, je ne comprends rien avec ce que vous voulez dire, pour les médicaments ». Pat 043</p> <p>E : « On a pas mal été formés (...) sur la communication. » MI 023</p> <p>E : « Non, en général, la communication est bonne. » Inf 012</p> <p>E : « ...on a l'habitude d'aller parler au médecin et aux patients » Phar 003</p>
Régulation du comportement	Rappel visuel inadapté ou inexistant	B	B	B	B	B	<p>B : « DPI, (...) il y a tellement d'alertes (...) On [ne] les lit plus, les alertes » MC, 032</p> <p>B : « le fait qu'on ne peut pas mettre en suspens un médicament » MI 023</p> <p>B : « les courriers sont beaucoup trop longs. (...) On perd l'information essentielle » MC 032</p> <p>B : « Et avoir une piqure de rappel dans une checklist ou peu importe...pas que [pour] nous mais aussi [pour] les médecins et peut-être aussi [pour] les apus » Inf L011</p> <p>B : « (...) Un rappel dans DPI de réévaluer (...) pertinence du traitement » Inf L011</p> <p>B : « une échelle clinique par exemple, qui serait un peu plus précise. » Inf L012</p>
	Rappel visuel (DPI ou application patient)	E	E	E	E	E	<p>E : « la petite clochette pour voir s'il y a un risque de somnolence » MC 032</p> <p>E : « je trouve déjà, on rajoute la brique polymédication [un nouveau progrès] » MC 032</p>

Mémoire,
attention,
processus
décisionnels

						<p>E : « ce non renouvelable qui était apparu. (...) ça fait un peu un garde-fou » MC 031</p> <p>E : « on a créé maintenant un onglet (...) quand ils bénéficient d'une visite avec la pharmacienne clinicienne, « changement, modification thérapeutique » (...) toutes les propositions qui sont faites sont mises à ce niveau-là » MC 031</p> <p>E : « quand il arrive, tous les ordres sont grisés, (...) le médecin doit réévaluer » Inf 011</p> <p>E : « peut-être qu'à cause de ce petit truc là (la montre connectée) je vais pouvoir contrôler mes heures de sommeil » Pat 044</p>
Education thérapeutique	E	E	E	E	N/A	<p>E : « À votre avis, quels sont les médicaments qui pourraient vous faire tomber ? » MC 032</p> <p>E : « on les guide dans la réflexion, quoi. Et l'idée, c'est qu'ils soient acteurs. Et qu'ils disent : bon, bah finalement. » MC 032 (bis)</p> <p>E : « on a fait des ateliers « chutes » de toutes dimensions. Et, entre autres, on avait la relecture d'ordonnance avec les patients » MC 032</p> <p>E : « on leur disait : « À votre avis, quels sont les médicaments qui pourraient vous faire tomber ? » MC 032</p> <p>E : « (...) lui expliquer (...) que ce n'est pas adapté les doses qu'il prend » Inf 011</p>
(Ré)évaluation du traitement-	B/E	E	E	E	E	<p>E : « Si vraiment ce n'est pas une journée très chargée, (...) c'est assez systématique de réévaluer chaque traitement d'ordonnance d'entrée » Med cadre, 033</p> <p>E : « Mais si c'est (...) des BZD, on va plutôt les mettre en réserve. Et (...) à la fin de l'hospitalisation, on va regarder ce qui a réellement été pris. » MC 033.</p> <p>E : « quand j'ai d'autres médicaments, je dis « je peux prendre le Temesta ? » Pat 042</p> <p>E : « et puis maintenant est-ce que ça me sert vraiment ? J'aimerais pouvoir le contrôler » Pat 044.</p> <p>E : « Si c'est une BZD prescrite à l'hôpital, (...) je demande toujours, si c'est en réserve et que c'est donné systématiquement, pourquoi c'est prescrit. » Phar 001</p> <p>E : « on a eu une chute dans le service ? (...) tout de suite, on réévalue » Inf 012</p> <p>E : « Si le médecin introduit des BZD pour dormir et que le patient le lendemain, il est super somnolent, il est fatigué, là on se pose des question » Inf 012</p>
(Re)prescription automatique de la BZD – habitudes ancrées	B	B	B	B	B	<p>B : « En réalité, (...) on ne réévalue pas quand ça marche. » MC 031</p> <p>B : « Honnêtement, ça c'est une habitude que quand ça marche, personne ne se pose la question de pourquoi, puis si on peut faire autrement » MC 031</p> <p>B : « ils ont un peu l'habitude de cette relation : « je prescris et je suis demandeur mais voilà, j'ai un prescripteur de l'autre côté aussi » MC 032</p> <p>B : «...il n'y a pas beaucoup de modifications de traitement [du domicile] » MI 023</p> <p>B : « quand un problème est géré, il est géré (rires). On ne va pas revenir dessus » MI 021.</p> <p>B : «...Quand c'est déjà connu, (...) il a plein d'hypnotiques (...) ce n'est pas quelque chose auquel je vais vraiment faire attention ou auquel je vais me dire qu'il faudrait tester un truc plus light ou autre » Inf 011</p> <p>B : « En fait, il décrivait vraiment un rituel. Donc, le soir ils se faisaient chacun une tisane, et ils prenaient chacun leur BZD avant d'aller se coucher » Phar 003</p> <p>B : « Ecoutez, le soir, mon mari, à dix heures, il fait une camomille. Et je prends mon Temesta » Pat 043</p> <p>B : « Je prends mon Temesta. Je fais mes prières et je m'endors » Pat 043</p> <p>B : « ils me donnent le Temesta tous les soirs dans tous les hôpitaux » Pat 044</p> <p>B : «...quand on parle de Temesta avec ma femme, c'est pour me dire : d'aller en acheter en France parce qu'il y en a plus en Suisse. » Pat 044</p>
Solution facilitée	B	B	B	B	B	<p>B : « si c'est un appel d'un patient inconnu le soir (...) : « Est-ce qu'on met une petite BZD ? » » MC 033</p> <p>B : « ... c'est un peu une facilité (...) de cliquer sur tout ce qu'il a pris sur le séjour, (...) et puis de faire « ok envoi impression ordonnance de sortie MC 031</p>
Indication transitoire	B	B	B	B	B	<p>B/E : « Ah je me dis, quand elle est transitoire, qu'elle a un début et une fin. » MC 032</p> <p>B/E : « Moi, je me dis vraiment que c'est du transitoire (...) que c'est une canne pour passer un cap. » MC 032</p> <p>B/E : « c'est vrai qu'il y a pas mal déjà de BZD un peu au coup par coup, (...) c'est aussi pendant l'hospitalisation. On ne les remet pas forcément [en cause] avant la sortie » MC 033</p> <p>B : « le réflexe de donner une BZD pendant l'hospitalisation, c'est un qu'on voit dans les équipes. (...) en se disant : « mais c'est une phase un peu aiguë » » Phar 002</p> <p>B : « c'était pour me calmer, pour aller à l'opération. C'était en 2005-2006. » Pat 042</p>
Incitations à une déprescription des BZD: effet indésirable, absence d'effet, polymédication	E	E	E	E	E	<p>E : « dépendant (...) du motif d'hospitalisation (...) si (...) il y a eu des problèmes de chute ce sera une priorité de se reposer la question de ces hypnotiques » MC, 033</p> <p>E : « on a eu une chute dans le service ? (...) tout de suite, on réévalue » Inf 012</p> <p>E : « Si le médecin introduit des BZD pour dormir et que le patient le lendemain, il est super somnolent, il est fatigué, là on se pose des question » Inf 012 (Bis)</p> <p>E : « j'en ai tellement à prendre que c'est vraiment une corvée pour moi » Pat 044</p> <p>E : « je suis quand même un peu barbouillé » Pat 044</p> <p>E : « il y en a forcément un qui doit contrarier les autres » Patient 044 (bis)</p>
Inclusion du patient dans sa prise en charge- Partenariat de confiance professionnel-patient	E	E	E	E	B(/E)	<p>B/E : « Moi, je pense comme ça [je refuse]. Parce que je me connais » Pat 043</p> <p>B : « Je regarde toujours, hein. Si c'est 2,5. (...) « Ouvre les yeux qu'ils ne se trompent pas » Pat 043</p> <p>E : « Il faut leur laisser la main et les laisser un peu acteurs, plutôt que nous » MC 032</p> <p>E : « on les guide dans la réflexion, quoi. Et l'idée, c'est qu'ils soient acteurs. Et qu'ils disent : bon, bah finalement. » MC 032 (bis)</p> <p>E : « quand cela vient (...) d'eux, les chances de succès [sont] plus importantes » MI 021</p> <p>E : « : si tout le monde autour du patient et le patient lui-même sont parties prenantes, ça peut marcher » Phar 003</p>

						<p>E : « c'est plutôt le ressenti du patient. Comment lui ressent ses nuits, s'il trouve qu'il a un sommeil de qualité ou pas ? » Inf 012 E : « : Mais, moi je suis complètement responsable de moi-même. Et puis, je n'ai encore pas perdu la tête » Pat 041 E : « Comment est le vécu du patient ? » Inf 011</p>
	B	B	B	B	B	<p>B : « (...) il exige le traitement, je fais quoi ? Il a ses capacités de discernements » Infi, 011 B : « si le patient refuse, ils vont laisser le libre choix au patient, mais vont tout faire pour que le patient soit informé » Pharm, 003 B : « Même [si] il n'est pas bien mais il me fait dormir. C'est tout ce qui compte (...) » Pat 043 (bis) B : « mais si je n'ai pas le Temesta, je dirais : « Vous pouvez me dire tout ce que vous voulez. Donnez-moi mon Temesta » Pat 043 B : « On m'a dit (...) je suis droguée, je veux bien l'accepter » Pat 041 B : « [si le patient refuse] Bah, il refuse. On lui a expliqué le pourquoi (...) On lui a dit qu'est-ce que ça aurait comme conséquence. Il prend sa décision, (...), décision prise en étant éclairé. » MC 031. B : « [si le patient refuse] je veux leur laisser leur libre-arbitre sur ce traitement » MC 033</p>
	N/A	N/A	N/A	N/A	B	<p>B : « C'est le seul remède que je prends » Patient 041 B : « un milligramme, c'est le minimum, il n'y a pas moins je crois » Pat 044 B : « Voilà, c'est la seule chose que je prends. Je ne bois pas, je ne fume pas. J'ai une vie relativement saine » Pat 041 B : « Vous savez, j'en prends un le soir » Pat 041</p>
	E	E	E	E	E	<p>B : « Moi, je pense comme ça. Parce que je me connais » Pat 043 E : « Je pense qu'ils arrivent à prendre le temps, pour (...) faire connaissance » MC 032 E : « en gériatrie, où on a une approche beaucoup plus globale (...) contrainte par le fait que y'a moins de spécialistes accessibles. » Phar 001</p>
Influences sociales	B	B(/E)	B	B(/E)	B	<p>B : « qu'il en soit convaincu de l'utilité de ce traitement. Bah ça va m'influencer. Je ne vais pas spécialement déprescrire. » MC 033 B : « certains nous disent: « ben, écoutez, j'ai 90 ans, ce traitement, et il me va très bien, il m'aide à dormir, et puis je n'ai pas d'effets secondaires, je ne veux pas y toucher ». Bon bah, on va respecter leur choix » MC 033 (bis) B : «le patient, il est aussi demandeur d'un médicament » MC 032 B : « qu'on me foute la paix avec ce petit somnifère du soir. » Pat 041 B : « Je serais complètement contre [une déprescription progressive] ! » Pat 041 E : « quand on diminue les doses, (...) ils sont preneurs parce qu'ils se rendent compte (...) de tous les effets secondaires que cela a sur eux.» MI 022</p>
	B/E	B/E	E	B/E	B/E	<p>B : « elle [épouse] m'a dit: « (...) je mets des boules quiès et je prends un temesta » » Pat 044 B : « à l'inverse la famille aussi peut, des fois, être demandeuse de traitement. » MC 033 E : « Ils sont inquiets pour leur proche, s'il est tombé, ils ne veulent pas que ça arrive de nouveau. Peut-être qu'ils peuvent aider à convaincre le patient d'arrêter » Phar 001 E : « il disait : « C'est de la drogue, maman, c'est de la drogue ». » Pat 043</p>
	B	B	B/E	B	B	<p>B : « Et il y en a qui sont très frileux, qui disent : « Non, non, mais c'était comme ça avant, on ne touche à rien » MC 032 E : « on voudrait qu'il mette quelque chose, le médecin n'est pas trop pour » Inf 011 B : « si le patient avait déjà la BZD à domicile, souvent ils ne veulent pas y toucher » Phar 001 (bis) B : « Je dis «je peux prendre le Temesta?» « Oui, oui vous pouvez » » Pat 042 (bis)</p>
	B/E	B/E	B/E	B/E	B/E	<p>B : « des soignants, qui sont très vite demandeurs de (...) traitements » MI 023 E : « [Inf] m'a dit qu'il y a beaucoup de problèmes avec le Temesta » Pat 043 E : « [infirmiers :] « Je le trouve bien ensuqué le matin, ». MC 032</p>
Influence environnementales – ressources	B/E	B	B	E	B	<p>B : « que (...) j'arrive à accepter (...), le changement de mon appartement. » Pat 043 B : « parce que j'ai tellement mal au dos, à la hanche, j'ai de l'arthrose partout.» Pat 042 E : « Si c'est anxieux, l'anxiété, c'est transitoire » Phar 001</p>
	B	B	B	B	B	<p>B : « Souvent, ils les ont depuis longtemps, c'est plus difficile » Med cadre, 032 B : « Et bien, j'ai 94 ans et puis ça jusqu'au bout » Pat 041 B : « Madame, j'ai 85 ans, laissez-moi dormir avec mon Temesta ! » Pat 043 B : « Ça fait 50 ans que je prends des somnifères » Pat 041</p>
	B	B	B	B	B	<p>B : « on a pas mal de patients, où ils ont des troubles du sommeil vraiment dû à l'hospitalisation » MC 033 B : « ils ont un voisin qui ronfle (...) avec des infirmières (...) Enfin, ce n'est pas là qu'on peut arrêter une BZD. » MC 031.</p>

						<p>B : « il y a toujours des gens qui courent partout, ils ont un voisin, voire deux, qui ronflent ou pas, qui déambulent, qui se couchent dans leur lit selon comment. Ça peut être assez, assez perturbant » MI 021.</p> <p>B : « Parce qu'on juge que c'est un environnement qui n'est pas propice » Phar 001</p> <p>B : « je demande toujours qu'on baisse les stores et (...) et que l'on ferme la porte, parce que ça ricane toujours là-bas dans le coin. » Pat 044.</p>
Conjoncture service de soin non aigus	E	E	E	E	E	<p>E : « en réadaptation, parce qu'ils sont à distance de l'aigus donc je pense que c'est le meilleur moyen/moment pour en discuter » MC 032</p> <p>E : « [Au site 2] ils arrivent dans une chambre seule, (...) on ne les réveille pas » MI 023</p> <p>E : « avec la réadaptation et la gériatrie, on a l'avantage d'avoir une activité physique (...) et voir si (...) ils prennent un peu un rythme » MI 023</p> <p>E : « Je pense que par contre l'hôpital est un bon moment pour désigner un plan de servage. » Pharm 001</p> <p>E : « (...) en réadaptation, (...) c'est (...) là où on peut tenter des déprescriptions ou des introductions de traitement avec une surveillance hospitalière, (...) à distance d'un épisode aigu, donc les patients sont plus stables » MC 033</p>
Disponibilité produit et alternatives (y inclus ruptures)	E	B/E	B/E	B	B	<p>B : « Là, en l'absence d'alternative, je n'oserais rien proposer » Phar 001 (bis)</p> <p>B : « J'ai essayé miel (...) lait chaud avec le miel mais cela ne m'aide pas » Pat 042</p> <p>E : « on m'a donné même 2,5 et je coupais. Et c'est compliqué de couper parce que cela colle un peu. » Pat 042</p> <p>E : « il commence par des petites choses légères, plutôt mélatonine » Inf 011</p>
Ressource temps – charge de travail	B	B/E	B	B	E	<p>B : « prendre plus de temps pour (...) les troubles du sommeil et peut-être qu'on ne le fait pas assez » MC 033</p> <p>B : « après, cela va faire lourd pour nous. Parce qu'il faut surveiller » Inf 011</p> <p>B : « Ça veut dire qu'après, cela va faire lourd pour nous. Parce qu'il faut surveiller les personnes. Cela ne va plus être possible, on ne sera pas assez pour pouvoir gérer tout ça » Infi, L011 (bis)</p> <p>E : « ça m'arrive assez fréquemment de me poser pendant 20-30 min avec le patient parce que je n'ai pas envie de mettre en réserve quoique ce soit » MI 023</p> <p>E : « Chaque fois que j'ai demandé quelque chose, c'est arrivé dans les 5 min » Pat 041</p>
Travail pluridisciplinaire/ Disponibilité/implication du spécialiste/ Personne ressource	E	B/E	E	E	E	<p>B/E : « quand on a la visite de la pharmacologie clinique ou de la pharmacienne (...) a aussi un recul en disant: « est-ce que c'est tout à fait pertinent ou pas? » MI 023</p> <p>B : « j'ai un médecin, formidable. (...) J'ai pleuré quand il a pris sa retraite. Maintenant, j'ai une doctoresse que ça ne va pas pour moi » Pat 043</p> <p>E : « je trouve que depuis que vous intervenez - et puis moi, j'aime ce regard un peu sur le médicament » MC 032</p> <p>E : « lors des CIR, où on a l'avis de plusieurs collaborateurs. Par exemple, en physio, on va nous dire que la personne est plus endormie » Inf 012 (bis)</p> <p>E : « pour que ça marche, faut que toute l'équipe soit soudée » Phar 001</p>
Niveau consensus institutionnel	B	B	B/E	E	N/A	<p>B : « Je pense que ça dépend vraiment des chefs de clinique et des médecins adjoints selon nos chevaux de bataille un peu, c'est un peu notre... » MC 032</p> <p>B : « il y a des chefs très Distraneurin. Il y a des chefs Temesta. Et du coup, on ne sait pas ce qui est bien (...) Et puis on a une phase quétiapine » MI 021</p> <p>B : « Tout le monde met des molécules différentes » MI 021</p> <p>E : « on sent qu'il y a une (...) reconnaissance institutionnelle- avec des mesures autres, comme peut-être l'art-thérapie, l'hypnose, les massages » Pharm, 002</p> <p>E : « Tout ce qui a été mis en place par rapport au risque de chute, qui permet vraiment de (...) d'être attentif aux prescriptions liées au sommeil » Inf 011</p>
Niveau de collaboration ville - hôpital/disponibilité généraliste	B/E	B/E	B	B/(E)	B	<p>B : « je trouve qu'ils sont difficiles à joindre pour qu'on en discute de vive voix » MC 032</p> <p>B : « Les cabinets médicaux, ils sont ouverts que à des heures très précises (...) quand nous on est en visite médicale (...) » MI, 022</p> <p>B : « lorsqu'on me dit « on laissera cela au MT » Je ne suis pas sûr que le MT fasse la démarche » Phar 001</p> <p>B : « Je trouve que les courriers des HUG sont très longs. Je ne sais pas dans quelle mesure qu'est-ce qui est lu par les médecins traitants. Ils ont un boulot de dingue » MC 032</p> <p>B : « il y a cette grosse boutique hospitalière, et il y a la ville. On sent qu'il y a une espèce de mur entre les deux. Ils sentent qu'ils n'ont pas de lien facile avec les hôpitaux universitaires. Mais ça manque (...) ce lien ville-hôpital plus facile » MC 032</p> <p>B : « Mais je pense que pour certains, il vaut mieux, laisser la main. Surtout quand c'est des traitements chroniques. Donc, ça ne va rien changer à les enlever pendant [l'hospitalisation] » MC 031</p> <p>E : « leur faire bénéficier de la consultation qui a eu lieu pendant les visites et de leur dire : « voilà, on l'a mis en évidence, que ces traitements-là, peut-être, pouvaient être ajustés ou modifiés ». Ça (...) c'est vraiment une plus-value pour le patient. » MC 031</p> <p>E : « [communication au médecin traitant] si c'est des suggestions, c'est par lettre de sortie » MC 033</p> <p>E : « Si c'est un traitement qui nous gêne selon le motif d'hospitalisation, (...), on peut demander au médecin traitant un petit peu son avis sur ce traitement » MC 033.</p> <p>E : « on essaye toujours d'appeler le MT, pour avoir des informations sur les patients à l'entrée. Puis, (...) on lui fait un petit point médical du séjour » MI 022</p> <p>E : « parfois le médecin traitant il a les données justes avant l'hospitalisation » Inf, 011</p>
But, objectifs						<p>Objectif long terme</p> <p>E : « peut-être parce que c'est mon cheval de bataille, et j'en parle tout le temps [la déprescription]. » MC 032</p> <p>E : « ...s'ils sont là un petit moment, on essaye de travailler là-dessus » MC, 032</p> <p>E : « ... ne pas en introduire pendant le séjour, ça c'est vraiment notre, enfin, pour moi, c'est ma priorité. » MC 032</p> <p>E : « c'est très important, en fait d'éviter les risques de chutes » Inf 013</p>

						<p>E : « Un patient ne peut pas rester avec une BZD ou long court, sauf car particulier de toxicomanie » Phar 001 E : « ...avoir des BZD alors qu'on peut avoir autre chose, je trouve que c'est bien comme démarche. J'espère qu'on va pouvoir mettre ça en place » Inf 011 B : « il me fait dormir. C'est tout ce qui compte (...) » Pat 043 (bis)</p>	
Croyances sur les conséquences	Objectifs concurrents (pas une priorité)	B	B	B	B	<p>B : « ce n'est pas ce dont on s'occupe en premier (...) on s'occupe plus d'une insuffisance rénale que d'un trouble du sommeil » Med cadre, 033 B : « franchement, ce n'est pas une priorité. Dans tous les soins que j'ai à faire dans ma journée, ça non. » Inf 011 B : « Je demande la tranquillité et de pouvoir me reposer » Pat 043 B : « J'ai besoin le soir, de le prendre et de dormir. C'est tout ce que je demande » Pat 043. B : « il y a toujours le : « On gère des trucs plus aigus et puis ça, ce sera plus tard ». (...) je peux comprendre qu'ils priorisent. » Phar 001</p>	
	Impacts négatifs de la déprescription	B	B	B	B	<p>B : « S'ils ne dorment pas la nuit, on ne va pas y arriver, quoi » MC 032 B : « Parce que si on enlève, automatiquement, (...) il ne va pas dormir » Inf 011 B : « Ça veut dire qu'après, cela va faire lourd pour nous. Parce qu'il faut surveiller les personnes. Cela ne va plus être possible, on ne sera pas assez pour pouvoir gérer tout ça » Infi, L011 (bis) B : « si on commence à diminuer les BZD (...) ça va décabaner, ils vont commencer à déambuler en plein milieu de la nuit, crier » Inf 011 B : « on ne va pas forcément réévaluer la nécessité de garder ou d'enlever (...) parce que si on enlève, automatiquement, ça veut dire qu'il ne va pas dormir » Inf 011. B : « je ne dors pas si je n'en prends pas » Pat L044 B : « L'impact, ce serait que je ne dormirais sûrement pas la nuit (...) ça tournerait beaucoup » Pat 044 B : « je demande toujours qu'on baisse les stores et (...) et que l'on ferme la porte, parce que ça ricane toujours là-bas dans le coin. » Pat 044. (Bis) B : « ils ont un voisin qui ronfle (...) avec des infirmières (...) Enfin, ce n'est pas là qu'on peut arrêter une BZD. » MC 031 (bis). B : « il y a toujours des gens qui courent partout, ils ont un voisin, voire deux, qui ronflent ou pas, qui déambulent, qui se couchent dans leur lit selon comment. Ça peut être assez, assez perturbant » MI 021. (bis)</p>	
	Impacts positifs de la déprescription	E	E	E	E	<p>E : « il y a un risque vis-à-vis des troubles cognitifs, du risque de chutes, de mise en jeu de sa qualité de vie » Phar 001 E : « chez les patients âgés, la réévaluation de ces traitements pourrait avoir un impact absolument favorable, (...) cela pourrait diminuer les chutes à la maison » MI 021 E : « il y en a forcément un qui doit contrarier les autres » Patient 044 E : « on leur propose d'arrêter. Parfois, il y a des familles en chambre. Et puis eux-mêmes effectivement vont dire : « Bah oui, (...) avec ce traitement-là, tu n'es pas bien ». MC 033 E : « Eux (infirmiers), ils les ont au quotidien et ils nous rapportent leur ressenti de la nuit, du lendemain matin (...): « Je le trouve bien ensuqué le matin ». MC 032</p>	
	Perception altérée	N/A	N/A	N/A	N/A	<p>B : « Il n'y a pas de pertes de réflexes. Je ne crois pas, non, non » Pat 043 B : « [lien BZD-chute] cela n'a rien avoir, c'est un faux mouvement » Pat 041 B : « je ne suis pas complètement droguée B, perception altérée. Je n'ai pas d'effets indésirables : je n'ai pas d'envie de dormir dans la journée, des somnolences » Pat 041</p>	
Croyances sur les capacités	Relativiser	E	N/A	N/A	E	N/A	<p>E : « on sait que, les BZD au bout d'un moment ne marchent plus quand le cycle jour- nuit s'inverse et que les patients âgés doivent vivre avec le fait de vivre un peu plus la nuit » Phar 002 E : « se dire que ce n'est pas grave si on ne dort pas. Relativiser sur le problème. Plutôt que tout de suite y mettre un médicament » MC 032</p>
	Perception de l'efficacité personnelle	B/E	B	B/E	B/E	B	<p>B : « Peu importe (...) le pays de formation, le sommeil, je rencontre peu de médecins qui sont très à l'aise sur le sujet » MC 033 B : « Sur une décision de déprescription, je ne me sens pas du tout à l'aise » MI 021 B : « en tant que personne qui ne se considère pas comme expert, c'est toujours compliqué de prendre en charge la problématique. » MI 023 B : « y a des (...) concepts théoriques (...) qu'on n'arrive pas à appliquer en pratique » Phar 002 B : « Je n'arrive pas. J'ai essayé aussi ». Pat 043 E : « Oh oui, bien sûr [] (...). C'est quelque chose qu'on fait avec les autres traitements. C'est juste une surveillance en plus pour nous. » Inf 011</p>
	Habilité des professionnels de santé ou proches à convaincre les autres parties prenantes (y.c. patient)	E	E	B/E	B	B	<p>B : « Là, en l'absence d'alternative, je n'oserais rien proposer » Phar 001 (bis) B : « Et ils ont fini par comprendre que, vu mon âge, ce n'était pas la peine de me sevrer de quelque chose qui me fait du bien et qui m'aide. » Pat 041 E : « vu que j'ai vraiment constaté les effets néfastes de certains de ces traitements, j'ai réussi à (...) savoir débattre de ce sujet avec les soignants » MC 032 E : « les patients gériatriques, ils ont encore cette image du médecin qui fait tout » MI 023</p>
Rôle/ Identité	Perception de légitimité	B	B/E	B/E	B*/(E)	B*	<p>B : « C'est une grosse barrière en fait, le fait de ne pas me sentir légitime de modifier des pratiques » Phar 002 B/E : « on a une partie du rôle, coordonné avec le médecin de famille, le patient, éventuellement le pharmacien clinique, qui pourrait amener plus son expertise là-dessus » MI 023 E : « transmettre ce qu'on objective, tout simplement évaluer le fait qu'on ait enlevé ce traitement, mis un autre (...) est ce que ça fait effet ou pas. » Inf 011</p>

	Sentiment de dépendre de la décision d'un tiers	B	B	B	B	B	<p>B : « Mais je pense que pour certains, il vaut mieux, laisser la main. Surtout quand c'est des traitements chroniques. Donc, ça ne va rien changer à les enlever pendant [l'hospitalisation] » MC 031</p> <p>B : « (...), on suit ce patient (...) quotidiennement pendant bien deux-trois semaines, là où le médecin traitant va plus le suivre sur le long cours » MI 023</p> <p>B : « Mais bon, ce n'est pas quelque chose qu'on peut évaluer, nous, du coup, à l'hôpital, ce sera plus avec le médecin traitant, après une fois sorti. Inf 013</p> <p>B : « il (le médecin traitant) dira : « Bah ils sont bien gentils à l'hôpital mais vous croyez quoi ? J'y ai déjà pensé avant vous et puis ça n'a pas marché ». Ou alors il n'y a jamais pensé puis il va être vexé que ce ne soit pas lui qui y ai pensé donc il ne va pas le faire » Phar 002</p> <p>B : « Ici, on ne fait pas de conciliation médicamenteuse de sortie, ce sera toujours le médecin via le courrier, qui va expliquer la prise en charge à l'hôpital » Phar 001</p> <p>B : « dès que j'ai un problème, il [MT] m'envoie chez un spécialiste » Pat 044</p>
	Capacité à accepter remarque collègue	B	N/A	N/A	B	N/A	<p>B : « mes amis qui sont installés, que c'est un peu ce sentiment que : « Voilà le patient, il va quinze jours à l'hôpital, et puis on lui change ses traitements. On ne nous demande pas notre avis. » MC 031</p> <p>B : « Pour que derrière, ils ne mettent pas les mêmes poso en disant : « Mais ce n'est pas vrai, à l'hôpital, ils changent tout, et puis je vais remettre quoi » MC 032</p> <p>B : « D'où l'intérêt d'y aller avec un peu à pas de velours, pour pas les froisser » MC 032</p> <p>B : « il [MT] dira : « Bah ils sont bien gentils à l'hôpital mais vous croyez quoi ? J'y ai déjà pensé avant vous et puis ça n'a pas marché » » Phar, 002</p>
Optimisme	Niveau d'optimisme sur le succès d'initier un déprescription	B/E	B/E	N/A	B	B/E	<p>B/E : « je me sentirais plus optimiste (...) chez ces patients-là [cliniquement stables] (...) chez d'autres patients, je me sentirais peut-être plus pessimiste » MI 023</p> <p>B : « le meilleur impact que je pourrais avoir c'est un mot dans la lettre de sortie où, on dirait : Il serait bien de tenter un sevrage de BZD » Phar 002</p> <p>B : « Je reste pessimiste. (...) le médecin aura essayé déjà (...) sans succès » Phar, 002</p> <p>E : « pour ce qui est de la déprescription, (...) d'en être convaincu, ça facilite » MC 033</p> <p>E : « si je ne les prends pas (...) je suis sûr que cela ça ne me dérangerait pas » Pat 044</p> <p>E : « sur le principe même de tenter la déprescription, plutôt optimiste » MC 033</p>
	Niveau d'optimisme sur le succès de la démarche de déprescription	B/E	B/E	B/E	B/E	B	<p>B/E : « Alors quand ils ne les avaient pas avant, oui, on y arrive. S'ils les avaient avant, c'est plus difficile. » MC 032</p> <p>B : « Et puis peut-être que certains vont le faire (tenter la déprescription) mais bon, avec un suivi insuffisant et ça ne va pas marcher » Phar 002</p> <p>B : « Pas forcément optimiste à chaque fois sur la réussite » MC 033</p> <p>E : « si tout le monde autour du patient et le patient lui-même sont parties prenantes, ça peut marcher » Phar 003</p>
Renforcements	Tentatives d'arrêt/switch fructueuse ou non	N/A	B	B	B	B	<p>B : « mon expérience d'échec (...) a vraiment (...) imprimé dans ma vision, ma perception que ça ne marche pas à l'hôpital les sevrages » Phar 002</p> <p>B : « ils [à la pharmacie] ont dit : « Il n'y a plus 2,5 et il n'y a plus de 1 mg, rien ! » (...) Je me sentais, quand on ne dort pas du tout, on se tourne » Pat 042</p> <p>B : « Et je ne pouvais pas dormir de ne pas prendre de Temesta, je me sentais mal » Pat 042</p> <p>B : « arrivée ici, on ne m'a plus donné mon somnifère (...) vraiment, j'ai eu envie de me flanquer par le balcon » Pat 041</p>
	Expériences d'effets indésirables	E	N/A	N/A	N/A	N/A	<p>E : « l'expérience de la gériatrie m'incite plus fortement à déprescrire, parce que j'ai vu les effets secondaires de traitements hypnotiques » MC 033</p> <p>E : « cette expérience d'effets indésirables (...) m'encourage (...) à la déprescription » MC 032</p> <p>E : « c'est traumatisant une chute. (...) ils [patients] ont intégré des choses » MC 032</p>
Intentions	Intentions	E	E	B	B(/E)	B(/E)	<p>B / E : « Parfois, il y en a qui disent : on va essayer de le sevrer, parfois, il n'y a même pas de tentative » Phar 001</p> <p>B : « tant qu'il y en a, je le prendrais » Pat 044</p> <p>B : « je ne dors pas si je n'en prends pas, donc je suis intoxiquée, je le sais. Et bien, j'ai 94 ans et puis ça jusqu'au bout » Pat 041</p> <p>B : « je ne veux pas arrêter » Pat 042</p> <p>B : « je ne changerais pas. Je suis avec Temesta » » Pat 043</p>
Emotions	Satisfaction	N/A	N/A	N/A			<p>B : « Ma satisfaction, (...), elle n'est pas terrible. On peut faire mieux » MC 033</p>
	Réduire les émotions	N/A	N/A	N/A	B	N/A	<p>B : « Les décisions (...) sont prises pour limiter le nombre d'émotions » Phar 002</p>
	Crainte	N/A	N/A	N/A	N/A	E	<p>E : « J'ai toujours peur de tomber, je suis tombé déjà » Pat 043</p> <p>E : « j'ai très très peur de devenir, d'avoir la tête qui... de perdre la tête » Pat 041</p>
<p>TDF : theoretical domain framework MC : Médecin cadres ; M: Médecins internes ; Inf: Infirmiers ; Phar : Pharmaciens ; MT : Médecin traitant E : Enablers (facilitateurs) ; B : Barriers (barrières) ; N/A : Bzd et HS : benzodiazépines et hypno-sédatifs ; TDS : trouble du sommeil Les éléments mis entre parenthèses sont des éléments qui ont été évoqués par le groupe de partie prenante correspondante de façon moins pertinente (soit une citation sporadique ou moins ancrée)</p>							

3.2.4.2 Résumé des principales barrières et facilitateurs selon les différentes parties prenantes

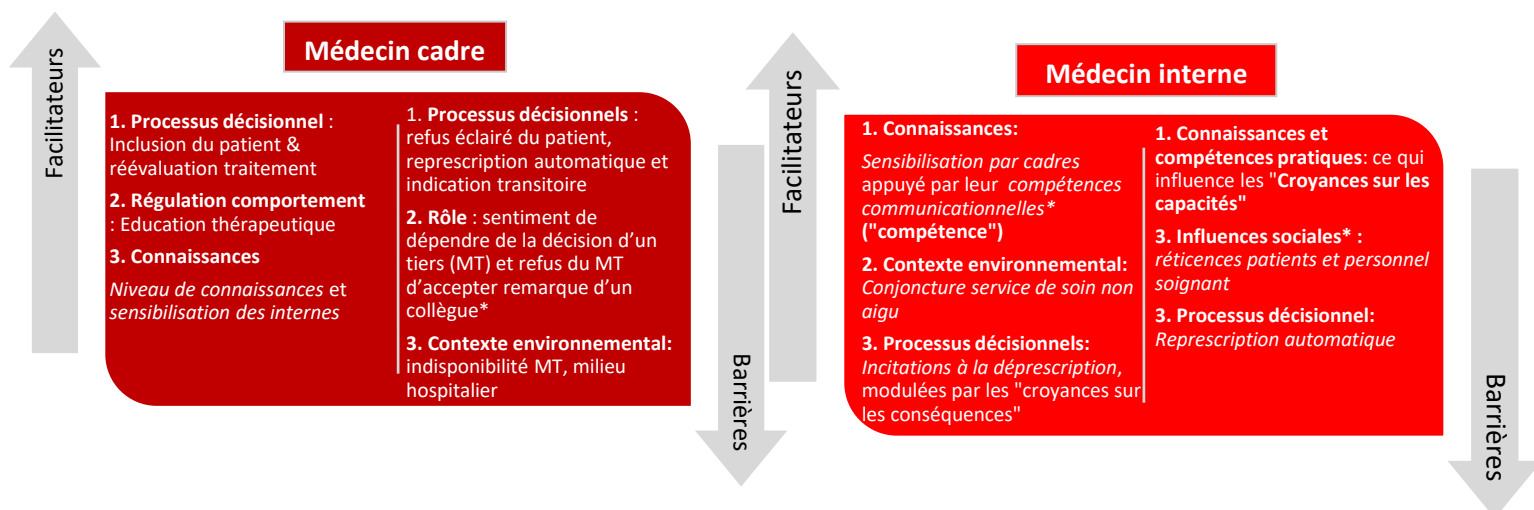
Les figures 22-24 reprennent les principaux barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs spécifiques à chaque partie prenante.

Lorsqu'un thème constitue uniquement une **barrière (B)**, il est notifié **en rouge**. A l'inverse, lorsqu'un thème constitue uniquement un **facilitateur (E)**, il est notifié **en vert**. Lorsqu'un thème est une barrière pour certains et un facilitateur pour d'autres, il est conservé en italique, sans code couleur.

Les médecins cadres évoquent comme principales barrières, leur **sentiment de dépendre de la décision du médecin traitant** (« rôle »), pas toujours joignable (« environnement ») et la difficulté de celui-ci d'accepter la remarque d'un collègue (« rôle »). Ils jugent par ailleurs le **milieu hospitalier** (« environnement ») non propice à l'initiation d'une déprescription.

Ils accordent en outre une grande importance à l'**inclusion du patient dans sa prise en charge** lors d'une **réévaluation de traitement** (« processus décisionnel »). Ils se disent en effet très attachés à l'impact du relationnel et de la communication, tant avec leurs collègues qu'avec les patients.

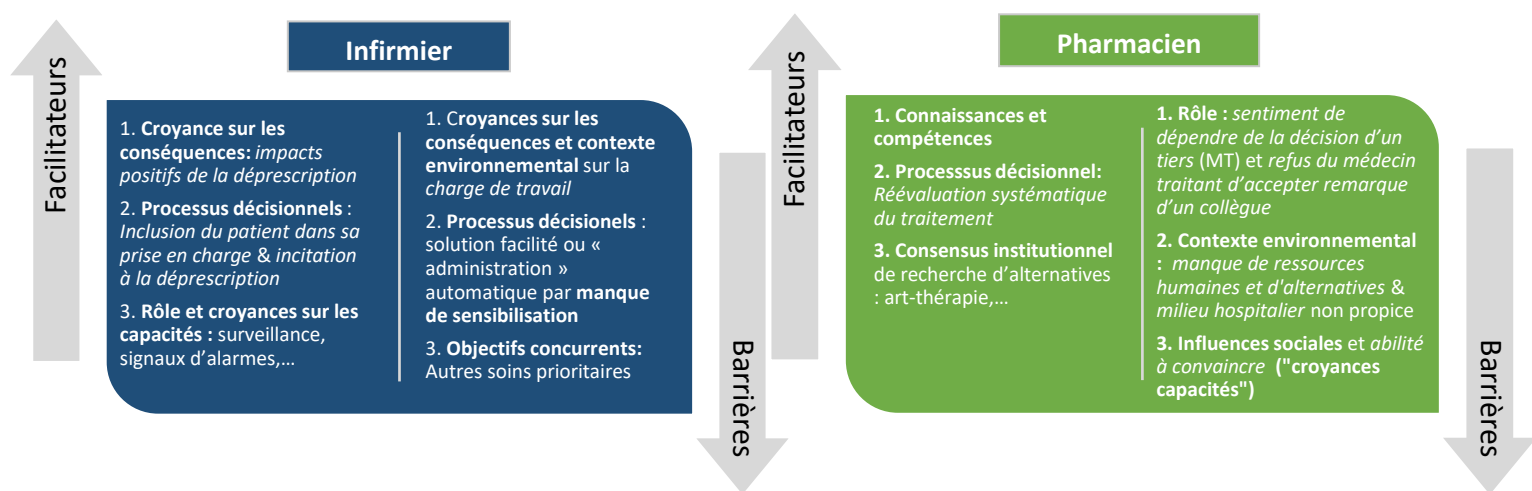
Pour cela, ils s'appuient sur leurs compétences communicationnelles et se résignent à accepter un éventuel **refus éclairé du patient** (« processus décisionnel »), le cas échéant.



Astérisque * : croyances non répétées mais ancrées ; MT : médecin traitant

Figure 22 : Principaux facilitateurs et barrières de l'équipe médicale : médecins cadres & médecin internes

Les médecins internes, encore en formation, voient d'avantage leurs « processus décisionnels » modulés par de faibles « croyances en leurs capacités », engendrés par un sentiment de faible « connaissances ». Ils sont donc plus sensibles aux *réticences des patients et des soignants* (« influence sociale ») et s'appuient sur leur grande *compétences communicationnelles* ("compétences") et *l'accompagnement de leur cadre* (connaissances) pour *réévaluer le traitement* (« Processus décisionnels »). Soucieux des *éventuels impacts positifs de la déprescription* (« croyances conséquences »), ils sont davantage encouragés lors qu'ils observent des *incitateurs à la déprescription* (« processus décisionnels »).

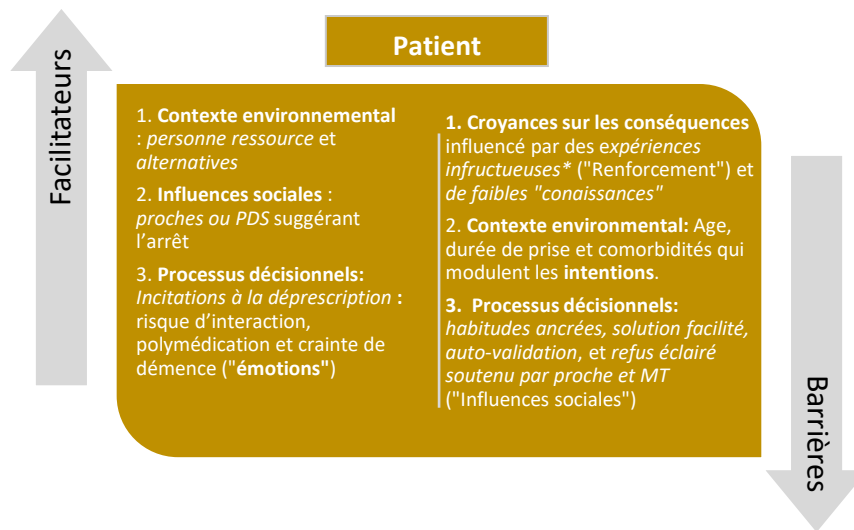


Astérisque * : croyances non répétées mais ancrées ; MT : médecin traitant

Figure 23 : Principaux facilitateurs et barrières de l'équipe paramédicale : infirmiers & pharmaciens

Les infirmiers aussi accordent une importance à ces deux derniers thèmes, portés par leur « rôle » d'observateur. Leur *charge de travail* (« environnement ») importante, leurs *objectifs concurrents prioritaires* (« objectifs ») et leur *manque de sensibilisation* (« connaissances ») à une *réévaluation systématique* (« processus décisionnel ») les poussent à souvent demander un traitement par *solution facilité* (« processus décisionnel ») et par crainte que leur *charge de travail augmente* d'avantage (« croyances conséquences »).

Les pharmaciens perçoivent la même difficulté que les médecins cadres concernant leur *perception de légitimité* (« rôle ») vis-vis du médecin traitant et jugent comment eux le *milieu hospitalier* peu propice à une déprescription. Leur « connaissances » élevées, leur volonté marquée de *réévaluer le traitement* (« processus décisionnel »), et les optimisations institutionnelles en cours ne suffisent pas toujours à *convaincre* (« croyances capacités ») les éventuels *médecins ou patients réticents* (« influences sociales »).



Astérisque * : croyances non répétées mais ancrées ; MT : médecin traitant ; PDS : Professionnels de santé

Figure 24 : Principaux barrières et facilitateurs des patients

L'*impact négatif* perçu *de la déprescription* (« croyances conséquences »), exacerbé par les *tentatives d'arrêt infructueuse* (« renforcements ») renforcent les patients dans leurs « intentions » de continuer leur traitement, d'autant plus qu'ils ont un profil consommateur (âge, durée de prise) (« environnement ») défavorable. Les proches ou les médecins traitants peuvent autant être des barrières ou des facilitateurs. Le soutien de leurs proches et leur crainte d'effet indésirable pourraient être de grands leviers.

3.3 Etude mixte : analyse par triangulation de Farmer

3.3.1 Catégorisation des données QUAL + QUANT

Les principaux résultats QUAL + QUANT de cette étude ont été sélectionnés en suivant le fil rouge du parcours du patient. Cette phase de tri par catégorie constitue la première étape du protocole de Farmer. Chaque catégorie de résultats QUANT et chaque domaine du TDF issus des résultats QUAL apparaît au moins une fois.

3.3.2 Matrice de codage par triangulation de Farmer

Les catégories ont ensuite été ajoutées à la matrice de codage (tableau 15).

La première colonne reprend les différentes étapes du parcours du patient qui définissent les catégories de la matrice de codage. La deuxième colonne contient les éléments de la partie QUANT, tandis que la troisième colonne contient les éléments de la partie QUAL. Pour en faciliter la lecture dans la matrice, les thèmes sont repris comme s'il s'agissait de citations, sans caractère italique. Et le

domaine associé est repris entre parenthèse. Une quatrième colonne décrit le niveau de convergence entre le QUAL et le QUANT. En effet, les deux analyses peuvent soit concorder entre elles, le point de convergence sera alors « convergent ». Elles peuvent se contredire, on parlera alors de « dissonance ». Elles peuvent être « complémentaires », c'est-à-dire que l'une des analyses peut fournir des informations qui permet de comprendre ce qui a été retrouvé dans l'autre analyse. Et enfin, on parlera de « silence », lorsqu'un élément est retrouvé dans une analyse mais pas dans l'autre.

Tableau 15 : Matrice de triangulation QUAL + QUANT au travers du parcours de soin du patient

Matrice de codage	QUANT Patients (n=275) Prescription (n=574)	QUAL (n=16)	Evaluation de la convergence
Collecte des données patients	Taux de d'anamnèses médicamenteuses manquantes à domicile : 21/574 (3.7%) Taux de prescriptions inactives à domicile : 314/574 (54.7%)	B : Collaboration ville-hôpital caduque (envir) B : Médecin traitant difficilement joignable (envir) B : Ressource temps- Charge de travail (envir) B : Caractéristiques patient trouble cognitifs (envir) E : Inclusion du patient dans sa prise en charge (p.d) E : Prise en charge globale (p.d) E : Personne ressource (envir.)	Complémentaire
Diagnostic initial	Indications répertoriées : 172/275 patients (63%), dont : - 58/275 sont des TDS (21% du total) - 110/275 sont liés à de l'angoisse ou l'anxiété (40%) - 82/275 sont liés à une dépression (30%) Taux d'indication manquante : 103/275 (37%)	B : Collaboration ville-hôpital caduque (envir) B : Médecin traitant difficilement joignable (envir) B : Ressource temps- Charge de travail (envir) B : Profil anxieux ou trouble cognitifs (envir) B : Faible connaissances et compétences pratiques des médecins internes (connaissances/compétences) B : Represcription automatique (p.d) E : Sensibilisation des internes E : Hautes compétences pratiques des médecins cadres et pharmaciens : « la part des choses entre une anxiété et une dépression » R001 E : Réévaluation du traitement pour toutes les parties prenantes (p.d) E : Inclusion du patient dans sa prise en charge (p.d) E : Prise en charge globale (p.d) E : Personne ressource (envir.)	Complémentaire
Caractéristiques patients : Profil consommateur Moyenne ± Ecart-type	Age au temps T : 86.46 ± 7.31 Entre 85 et 94 ans : (134 ;48.7%) Durée de prise : non évaluée Sexe : 169 (61.4%)	Age du groupe patients : 88.75 ± 4.50 B : Profil consommateur (envir) B : Habitude ancrée/represcription automatique (p.d.) Age avancé, consommation longue durée Durée de prise (années) : 50 ; 17 ;50 ; inconnu Sexe : 3/4 (75.0%) femmes (patients analysés) Sexe : 5/6(83.3%) femmes (patients entendus)	Age : Convergent Durée : QUANT silencieux Sexe : Convergent
Caractéristiques patients : polymédication	Nombre de traitements <u>totaux</u> : 17.1 ± 5.6 par patient Nombre de traitement BHS au temps T Médiane [Q1-Q3] : 1 [1-2] HS > 1 : 131/275 patients (47.6%)	Nombre de traitements <u>totaux</u> : 19.7 ± 4.62 par patient Nombre de traitement BHS : Médiane [Q1-Q3] : 1 [1-2] E : Incitation à la déprescription : polymédication = corvée pour les patients (p.d.) E : Incitation à la déprescription : polymédication = (p.d.) E : Impact positif déprescription : risque d'interaction moindre pour tous (c. conséquences)	Convergent
Caractéristiques patients : comorbidités	CIRS : 19.5 ± 6.3 (sur 56) Moyenne : 2±1.08 comorbidités par patient Démence : 35/275 patients (12.7%) Anxiété : cfr diagnostic initial (1/3 de patients) Douleur : 87/275 (31.6%)	B : Profil anxieux ou trouble cognitifs pour PDS (envir) B : Profil douloureux pour patient (envir.) E : Profil anxieux = incitation à réévaluer traitement pour les pharmaciens (p.d./envir) E : Crainte de devenir dément pour patient (émotions ou c. conséquence) Douleurs chroniques : 2/4 (50%)	Convergent

Indication transitoire	Taux indication transitoire : 98/574 prescriptions (17%), dont : 1 ^{er} : quétiapine (25 ; 25,51%), 2 ^{ème} : benzodiazépines (30 ; 30.6%) 3 ^{ème} : z-drugs (18 ; 18.4%) 4 ^{ème} : mélatonine (16 ; 16.3) ;	B : Indication transitoire: « cap à passer » (p.d.) B : demande des soignants pour q'une prescription soit mise (influences sociales) B : Solution facilité (p.d.) B : Milieu hospitalier : bruit, chambre à deux, rythme (envir) B : Charge de travail, manque de temps ou de ressource humaine (envir) E : Réévaluation du traitement à la sortie (p.d.) E : Onglet « modification thérapeutiques » dans DPI (régulation comportement)	Complémentaire
Nouvelles prescription	Taux de prescription instaurées à l'hôpital : 307 (53%). Parmi celles-ci, 209 (68.1%) 36% du total, sont maintenues à la sortie, dont : 1 ^{er} : quétiapine (68 ; 32.5%) 2 ^{ème} : clométhiazole (44 ; 21.1%) 3 ^{ème} ex-aequo : antidépresseurs et benzodiazépines (30 ; 14.35%).	B : Faibles connaissances patients et MI sur les alternatives B : Faibles connaissances des protocoles des médecins et infirmiers (Connaissances) B : Faibles compétences pratique des médecins internes B : Solution facilité (p.d.) B : témoignage de proches ou famille demandeuse de traitement si patient à charge (influences sociales) B : Absence de consensus institutionnel (envir) E : Connaissances des médecins cadres sur les alternatives, notamment non-pharmacologiques	Complémentaire
Indicateur SSMIG	Patients recevant une nouvelle prescription de BHS : 185/275 (67.3%) Patients recevant une nouvelle prescription de BZD : 46/275 (16.7%)		Connaissances sur les alternatives: Dissonance
Prescriptions inchangées	<u>Taux inchangé</u> : 82/574 prescriptions (14%), dont : 1 ^{er} : antidépresseurs (22 ; 26.8%) 2 ^{ème} : quétiapine (17 ; 20.7%) 3 ^{ème} : mélatonine (15 ; 18.2%) 4 ^{ème} : benzodiazépines (14 ; 17.1%)	B : Manque de sensibilisation des infirmiers et patients (Connaissances) B : Represcription automatique (p.d.) B : Solution facilitée (p.d.) B : Collaboration ville-hôpital caduque (envir) B : Réticence pat et inf. (influence sociale) B : Sentiment de dépendre de la décision d'un tiers B : Pessimisme des pharmaciens sur l'initiation de la déprescription qui espère « un mot dans la lettre de sortie » (optimisme) B : Expérience infructueuse d'arrêt (3/3 patients ; 10/12 PDS*) B : Absence d'intention des patients à arrêter (intentions) B : Famille ou proche aidant demandeur (influences sociales)	Complémentaire
Déprescription	<u>Taux d'interruption de traitement</u> : 72/574 prescriptions (13%) 1 ^{er} : benzodiazépines (28 ; 39,8%) 2 ^{ème} : Z-drugs (8 ; 11.1%) 3 ^{ème} : Quétiapine (17 ; 23.6 %) <u>Taux de réduction de dose, fréquence ou condition</u> : 24/574 (4%), dont : 1 ^{er} : benzodiazépines (8 ; 33.3%) 2 ^{ème} : quétiapine (7 ; 29.2%) 3 ^{ème} antidépresseurs 5 (20.8%)	E : Connaissances de risques pour MC, Phar (connaissance) E : Compétences communicationnelles MC, MI, Inf, Phar E : Onglet « modification thérapeutiques dans DPI (régulation comportement) E : Education thérapeutique (régulation comportement) E : Incitation à la déprescription (p.d.) E : Réévaluation du traitement pour toutes les parties prenantes (p.d) E : Interdisciplinarité et personne ressource/spécialiste (envir) E : Conjoncture service (envir) E : Famille ou proche aidant inquiet (influences sociales) E : Impact positif de la déprescription (c.conséquences) E : Crainte des patients de perdre la tête (émotions)	Complémentaire
Changement de traitement	<u>Taux de changement de traitement</u> : 22/574 (4%), en faveur de : 1 ^{er} : mirtazapine : 8 (36,4%) 2 ^{ème} : lorazépam : 6 (27.3) 3 ^{ème} : clométhiazole : 4 (18.2%) 4 ^{ème} : mélatonine : 3 (13.6%)	B/E : Connaissances des alternatives → Internes et patients moins formés B/E : Connaissances des protocoles → B pour les médecins → E pour les pharmaciens B : Manque d'alternatives disponibles aux HUG (envir)	Complémentaire
Bilan domicile sortie	<u>BHS</u> : +56.1% <u>BZD</u> : +1.4% <u>Z-Drug</u> : -40.0% <u>AD</u> : +76.2% <u>Quétiapine</u> : +90.6% <u>Clométhiazole</u> : +160.9% <u>Mélatonine</u> : +165.0%	Cfr nouvelles prescriptions et déprescription	Complémentaire
Indicateur SSMIG	Patients sortant avec une nouvelle prescription de BHS : 118/275 (42.9%) Patients sortant avec une nouvelle prescription de BZD : 24/275 (8.7%)		
Traçabilité	Taux de données manquantes à la sortie : 6 / 574 (1.1%)	E : Onglet « modification thérapeutiques » dans DPI (régulation comportement) E : Collaboration ville-hôpital (envir) : « si c'est des suggestions, c'est par lettre de sortie » MC L033	Convergent

MC : Médecin cadres ; MI: Médecins internes ; Inf: Infirmiers ; Phar : Pharmaciens ; MT : Médecin traitant ; PDS : professionnels de santé
DPI : Dossier patient informatisé
E : Enablers (facilitateurs) ; **B** : Barriers (barrières) ;

BHS : benzodiazépines et hypno-sédatifs ; BZD: benzodiazépines ; AD : Antidépresseur ; ttt : traitement ; TDS : trouble du sommeil
Envir : environnement ; p.d. : processus décisionnel ; c.conséquences : croyances conséquences
* : tentatives d'arrêtes des PDS tiennent compte 6 PDS yaant eu des expériences variables.

3.3.3 Evaluation de la convergence des données QUAL + QUANT

Sur les onze catégories que compte la matrice, on observe en tout quinze points de convergence. Parmi ceux-ci, huit sont complémentaires entre eux : collecte des données patients, diagnostic initial, indication transitoire, nouvelles prescriptions (excepté *connaissances des alternatives*), prescriptions inchangées, déprescription, changement de traitement et bilan domicile-sortie. Cinq points de la matrice sont convergents : caractéristiques patient (âge), caractéristiques patient (sexe), caractéristiques patient (polymédication), caractéristiques patient (comorbidités), et traçabilité. Un silence a été observée car la durée de prise des patients étaient absente du QUANT. La seule dissonance observée concerne les connaissances sur les alternatives, mentionnées comme élevées par certaines parties prenantes, alors que le QUANT démontre une forte prescription d'alternatives, reprises en orange (clométhiazole) ou en rouge (quétiapine) dans le tableau 2 des traitements de l'insomnie présenté dans l'introduction.

4. Discussion

« Il n'y a pas d'eux, il n'y a que des facettes de nous »
Auteur inconnu

4.1 Discussion de l'analyse quantitative : Etat des lieux des pratiques de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs

4.1.1 Processus d'inclusion

Au total, 55.1% des patients hospitalisés dans le département de gériatrie et réadaptation au temps T étaient sous benzodiazépines ou hypno-sédatifs (N=499 ; n=275). Cependant, ce pourcentage ne tient pas compte du processus d'exclusion de l'étude. Ainsi, si l'on soustrait du dénominateur les 85 patients qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion (<65ans, CIWA, soins palliatifs, etc.), on obtiendrait un pourcentage de 66.4% de patients sous benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T. Trois autres études réalisées en Suisse au Danemark et au Canada ont trouvé des chiffres allant de 60 à 62% de prévalence de patients sous benzodiazépines et hypno-sédatifs (104-106).

4.1.2 Caractéristiques démographiques de la population étudiée

1. Age

Dans l'analyse QUANT, la tranche d'âge 65-74 ans ne représentait que 6.2% des consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs et les patients de plus de 85 ans représentaient ensemble plus de 63.3% (85-94 ans : 48.7% et >85 ans : 14.6%) des consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs.

L'étude de S. Landolt fournit une répartition des tranches d'âge dans la population générale, chez les consommateurs de benzodiazépines et chez les consommateurs de Z-drugs (107). Dans cet article, le pourcentage des tranches d'âge plus hautes est plus grand chez les consommateurs de benzodiazépines et/ou Z-drugs par rapport au pourcentage des tranches d'âge de la population générale. Par exemple, la tranche d'âge 75-84 ans représente 10% de la population générale, alors que cette même tranche d'âge représente 20.3% des consommateurs de benzodiazépines.

Si on reprend les données de population générale (consommateurs ou non de benzodiazépines et hypno-sédatifs) de Landolt et al et qu'on ne garde que les tranches d'âge de plus de 65 ans, on peut effectuer une règle de trois pour établir la répartition de ces tranches d'âge chez les plus de 65 ans :

- 65-74 ans : 48.7 % des plus de 65 ans
- 75-84 ans : 35.3% des plus de 65 ans
- 85 ans : 16.0% des plus de 65 ans

Ainsi, comme dans l'étude de Landolt et al, les tranches d'âge plus hautes sont plus représentées chez les consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs que dans la population générale. Concernant la présente étude, les données sont cependant à prendre avec précaution puisque les patients plus âgés ont plus de chance de se faire hospitaliser, ce qui peut provoquer une surestimation de cette répartition.

Ce paragraphe ne traite que la répartition des tranches d'âge chez tous les consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs inclus dans l'étude.

Une répartition de la consommation des différentes molécules analysée dans l'étude *par* tranche d'âge sera présentée plus loin.

2. Sexe

La grande proportion de personne de sexe féminin (61.4%) observée dans l'analyse QUANT correspond à ce qui est retrouvé dans la littérature (107-109). En effet, Landolt et al rapporte 65.5% de femmes (et 34.5% d'hommes) chez les consommateurs de benzodiazépines alors que, toujours selon l'étude de Landolt, les femmes représentent 52.5% dans la population générale (107). Mais encore, l'équipe française d'Airagnes et al a mesuré une consommation de longue durée de benzodiazépines plus importante chez les femmes que chez les hommes (OR= 1.34 ; IC95% = 1.02-1.76) (110). Cette plus grande représentation de femmes s'observe également dans les études analysant plusieurs hypno-sédatifs. En effet, Schumacher et al a retrouvé 58% de femmes dans la population consommatrice de benzodiazépines (104). Dans une étude danoise comptabilisant 94 EMS, 63% de consommateurs étaient des femmes(108).

3. Comorbidités

Le score CIRS (cumulative illness rating-scale) de la population totale de l'analyse QUANT est de 19.5 ± 6.3 sur 56 avec des chiffres similaires pour les patients hospitalisés dans les unités de soins NON AIGUS. Une thèse d'exercice de médecine réalisée en 2019 sur le site de Loëx, établissement hospitalier inclus dans cette étude, a retrouvé un score CIRS de 13 ± 6.8 (111). Cette étude n'inclut que des patients en soin non aigu pour une réadaptation ortho-gériatrique, ce qui peut expliquer ce score plus bas. Néanmoins, cette donnée appuie la corrélation positive entre la prescription de benzodiazépines et la présence de comorbidités associées (37).

Parmi les 275 patients inclus dans l'étude, 12.7% souffraient de démence. Ce taux s'élevait à 26.6% en soins de maintien. Un rapport de 2019 fourni par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) indique un taux de démence de 10.9 % chez les 75-84 ans, 30.1% chez les 85-94 ans et 45.1% chez les patients âgés de plus de 95 ans (37, 112). Le rapport indique également que 46.5% du coût des démences sont liés aux frais d'EMS, ce qui concorde avec le taux de démence retrouvé en soin de maintien dans cette présente étude. Or, le lien entre les benzodiazépines et hypno-sédatifs et l'augmentation du risque de

démence est largement établi dans la littérature. Une méta-analyse de 2019, incluant six études cas-témoins et quatre études de cohorte, a retrouvé un plus haut risque relatif de développer une démence chez les patients prenant des benzodiazépines (RR : 1.51, IC95% = 1.17–1.95, $p=0.002$) (113). De plus, ce risque augmente avec les molécules de longue demi-vie et la durée d'exposition. Une méta-analyse publiée en juin 2023, incluant 26 études et plus de 3 millions de patients, rapporte que le risque de démence augmente avec tous les hypnotiques (RR = 1.23, IC95% = 1.13–1.33, $p < 0.001$) (114)

4. Polymédication

La polymédication dans la population étudiée est mise en évidence par l'analyse QUANT étant donné que chaque patient a en moyenne 17.1 prescriptions actives, toutes classes de médicaments confondues. Il faut toutefois relativiser ces chiffres car ils tiennent compte de tous les médicaments, y compris ceux en réserve ou en topique. Une étude réalisée en 2016 par l'assurance maladie Helsana en Suisse et analysant les données de 91'166 patients admis en EMS et de 1'364'755 patients en ambulatoire a retrouvé une consommation moyenne de 9.9 médicaments par patient pour la population totale (107). Cependant, cette étude tient compte uniquement des traitements systémiques et non des traitements topiques. De plus, cette étude a été réalisée sur des patients ambulatoire, elle dépend donc des données annoncées par les patients à leur assurance maladie. Les traitements non soumis à prescription peuvent donc ne pas être pris en compte et contribuer à sous-estimer les résultats. L'étude de 2019 a également mesuré que 85.5% des patients admis en EMS avaient plus de 5 molécules prescrites. Tout comme la consommation d'hypno-sédatifs, la polypharmacie est associée à un risque important d'aggravation des syndromes gériatriques et notamment du nombre de chutes, de fractures et de confusion. (115) (article RMS POLYPHARMACIE + autres). Une revue systématique de la littérature a ainsi associé la polymédication à une augmentation de 1,5 à 2 fois du risque de chute chez le sujet âgé (116). D'ailleurs, le risque de chute augmenterait avec le nombre de médicaments puisqu'il se multiplierait par trois lors de la prise de deux traitements (115). Une autre source évoque une augmentation de risque d'effet indésirable de 8.6% par médicament additionnel (117). Enfin, les craintes d'interactions évoquées par l'un des patients sont fondées puisque ce risque augmente de 50% chez des patients prenant 5-9 médicaments à 100 % lors de la prise de plus de 20 médicaments (118). Cela s'associerait également à un risque accru de ré-hospitalisation (119).

4.1.3 Indications probables répertoriées

Sur les 574 prescriptions, 62.5% des benzodiazépines et hypno-sédatifs ont une indication documentée soit dans l'ordre de prescription du médicament en réserve soit dans les onglets « problèmes » ou « antécédents » de DPI. On retrouve des troubles du sommeil dans 21.1% des prescriptions, de l'anxiété/agitation dans 40.0% et de la dépression dans 29.8% des prescriptions. Dans l'étude de

Neville et al., sur un total de 585 prescriptions, 61.4% présentent une indication de trouble du sommeil et 17.1%, une indication d'anxiété/agitation. (120). Bien que les données aient été mesurées sur le nombre de prescriptions et non le nombre de patients, cette différence entre les deux études interpelle et soulève deux grandes questions :

1. Pourquoi retrouve-t-on un nombre important d'indication d'anxiété/agitation dans la partie QUANT de cette étude, ciblant spécifiquement les molécules instaurées dans le cadre de troubles du sommeil ?

Lors de l'élaboration de la méthode, il a été choisi d'inclure dans l'analyse QUANT, les molécules pour lesquelles une indication d'anxiété ou d'angoisse était sélectionnée comme cause de troubles du sommeil, soit dans l'ordre de prescription des médicaments en réserve, soit dans les problèmes et antécédents. En effet, exclure les benzodiazépines et hypno-sédatifs avec indication d'anxiété aurait également introduit un biais, puisque cela aurait éliminé de potentielles indications de troubles du sommeil associées mais non répertoriées dans le DPI, le lien étant très ténu entre ces deux indications (121). La conséquence est une possible surestimation du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits pour le sommeil, et notamment de la quétiapine. Il s'agit en effet de la molécule la plus prescrite au temps T (23.0% des prescriptions totales), probablement pour des troubles du sommeil associés à une anxiété, étant donné les doses et les heures de prescriptions (122). En effet, seules les prescriptions incluant au moins une prise le soir ou au coucher étaient incluses dans l'étude. Dans leur revue systématique et méta-analyse de 2021, Lin et al ont observé que la quétiapine permettait une réduction de 57% (IC95% : 40%-75%) de l'insomnie et de 59% (IC95% : -92% -27%) du trouble anxieux généralisé (TAG), confirmant le lien étroit entre ces deux indications (123). Afin de réduire le nombre de faux positifs, les patients présentant un TAG ont été exclu de l'analyse QUANT de cette présente méthode mixte, considérant que celle-ci est à l'origine de l'insomnie et non l'inverse, comme suggéré par les recommandations (5).

2. Pourquoi retrouve-t-on un faible nombre d'indication de troubles du sommeil dans la partie QUANT de cette étude ?

Il est probable que cela soit dû à un manque de notification des troubles du sommeil dans l'onglet « problème » de DPI. En effet, dans cette étude, 37.5% des prescriptions n'ont pas d'indication fiable à la prescription. Ainsi, cette étude a mis en évidence des lacunes de documentation car toutes les prescriptions ne pouvaient être reliées à un problème répertorié dans le dossier du patient. Cette hypothèse est d'ailleurs appuyée par l'étude réalisée par Neville et al. en 2020 : 17.4% des prescriptions analysées dans leur étude n'avaient pas d'indication (120). L'étude de Coteur et al. publiée en 2019 et centrée uniquement sur les benzodiazépines et z-drugs, avait également retrouvé des taux très faibles d'indication répertoriées : 8% pour l'anxiété et 17.6% pour l'insomnie (124).

4.1.4 Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T et par unité de soin

Au temps T, la quétiapine (23%) mais aussi les benzodiazépines (20.2%) concernaient plus d'une prescription sur cinq. En outre, le lorazépam (11.1%), suivi de l'oxazépam (2.8%) étaient les benzodiazépines les plus prescrites. Ces résultats correspondent avec les taux retrouvés dans la littérature. En effet, des études réalisées il y a plus de 20 ans avaient retrouvé une utilisation de benzodiazépines de 9 à 25% dans la population gériatrique générale (125, 126). Et ces chiffres sont encore d'actualité puisque l'étude de Coteur et al, publiée en 2022, a retrouvé une consommation de benzodiazépines et z-drugs dans la population gériatrique de 22.1% en 2000 et de 19.6% en 2019 (124). Cette étude belge avait en outre mis en évidence que l'agoniste des récepteurs des benzodiazépines (y inclus z-drugs) le plus prescrit en 2000 était le lorazépam (16.3%) et tandis qu'en 2019 c'était le zolpidem (20.7%) qui était le plus prescrit. Or, au temps T, le zolpidem ne concernait que 3.8% des prescriptions analysées dans la partie QUANT de cette étude mixte. Le choix, mis en évidence par cette analyse QUANT, de prescrire du lorazépam ou de l'oxazépam plutôt que les autres agonistes des récepteurs des benzodiazépines, est plus judicieux, surtout dans la population gériatrique. En effet, il s'agit des agonistes des récepteurs aux benzodiazépines avec la demi-vie la plus courte et sans métabolites actifs, permettant un moindre risque d'accumulation et d'effets indésirables que d'autres benzodiazépines ou Z-drugs à demi-vie plus longue ou dotées de métabolites actifs, comme le zolpidem (127). La précaution reste cependant de mise puisque même les benzodiazépines à demi-vie plus courte peuvent s'éliminer plus lentement chez la population gériatrique. C'est d'ailleurs le cas du lorazépam, dont la demi-vie est de 10h chez la population générale et peut atteindre 20h chez la population gériatrique (128).

Enfin, la consommation de benzodiazépines est de 13.3% en soins de maintien contre 20.2% dans la population totale. A l'inverse, la consommation d'antidépresseurs était de 18.4% en soin de maintien contre 13.4% dans la population totale. Ce phénomène avait déjà été mis en évidence par l'équipe d'Anton Pottegard qui avait retrouvé 18.9% de prescription du couple mirtazapine/miansérine et 14.7% de benzodiazépines chez des patients en attente d'admission en EMS (108). En effet, cette population est plus à risque que le reste de la population de développer des troubles psychiatriques, y inclus dépressifs, associés à leur insomnie (129).

4.1.5 Taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs par tranche d'âge

Le taux de benzodiazépines était de 27.7% chez les 65-74 ans, 23.9% chez les 75-84 ans, 15.9% chez les 85-94 ans et 22.2% chez les 95-104 ans. Aucune augmentation franche du nombre de benzodiazépines prescrites selon les tranches d'âge n'est observée. Cette donnée contraste avec celles

fournies par l'observatoire suisse de la santé (OBSAN). Comme indiquée en introduction de ce manuscrit, ce dernier a en effet évalué que le nombre de doses de benzodiazépines augmentait graduellement avec l'âge (6). On observe par contre ce phénomène pour les Z-drugs. En effet, le nombre de prescriptions de Z-drugs est similaire entre les 65-74 ans (4.26%), les 75-84 ans (4.35%), et les 85-94 ans (4.06%) mais double chez les 95-104 ans (8.33%), par rapport aux autres strates. Cependant, les données de l'OBSAN analysent le nombre de doses quotidiennes définies, il est donc aussi possible que les patients plus âgés consomment en plus grande quantité.

Cette donnée fait écho à celle analysée dans les caractéristiques des participants où les tranches d'âge plus hautes étaient plus représentées chez les consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs que dans la population générale.

4.1.6 Evolution du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs par patient entre le domicile, le temps T et la sortie

Dans cette analyse, deux groupes de patients se distinguent déjà :

- Les patients qui avaient déjà un ou plusieurs hypnotiques prescrit(s) à domicile
- Les patients qui n'avaient pas de benzodiazépines à domicile et chez qui on en introduit à l'hôpital : 56.7 % des patients avaient au moins une benzodiazépine ou d'hypno-sédatif prescrits à domicile, contre 80.4% à la sortie, soit une augmentation de 23.7%.

L'étude de L. Schumacher, réalisée en 2017 avait retrouvé une augmentation de 10% du nombre de patients chez qui on prescrivait de nouveaux BHS entre le domicile et la sortie (104).

Mais qu'en est-il du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient ?

Le nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs par patient démontre que l'hôpital augmente de 59% la moyenne de prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrite par patient entre le domicile (Nombre moyen de BHS = 0.87), et la sortie (Nombre moyen de BHS = 1.36). On note par ailleurs, deux fois plus de prescriptions par patient au temps T (Moyenne= 1.82) qu'à domicile (Moyenne= 0.87). Ce taux est cependant probablement surestimé par le manque de notification des prescriptions à domicile dans le DPI. Ainsi, en 2020, l'équipe de Neville et al menée en 2020 avait observé que 44.3% des prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs avaient été instaurées durant l'hospitalisation (120).

En outre, l'analyse QUANT rapporte que chaque patient avait en moyenne 25% de prescriptions en moins entre le temps T (moyenne BHS = 1.82) et la sortie (moyenne BHS = 1.36), marquant une volonté des prescripteurs de réduire le nombre de prescription avant la sortie du patient.

Le taux de patient avec plus d'un BHS évolue également de cette façon, entre le domicile (20.3%), le temps T (47.6%) et la sortie (33.4%).

Si l'on observe le taux de patient avec plus de trois BHS prescrits, il passe du simple (2.2%) au quadruple (8.4%) entre le domicile et le temps T et redescend de moitié entre le temps T et la sortie.

L'étude de Ghadimi et al a rapporté que 13,9% des patients âgés prenant des benzodiazépines ont une consommation multiple de benzodiazépines (130). Ainsi, devenir consommateur augmente le risque de devenir sur-consommateur.

L'étude de L. Schumacher avait retrouvé 30% de patients avec plus d'une benzodiazépine et hypno-sédatif en cours d'hospitalisation et ce chiffre était descendu à 27% à la sortie des patients (104). Ces taux sont cependant à prendre avec précaution car ils dépendent directement du nombre de molécules différentes qui ressortent dans les résultats : 25 dans notre étude et 16 dans le cadre de l'étude réalisée en 2017.

La consultation des augmentations ou réductions relatives entre les différentes périodes (domicile, hôpital, sortie) décrite plus haut permet de s'affranchir de ce biais.

4.1.7 Evolution du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs entre le domicile, le temps T et la sortie

Taux inchangé de benzodiazépines entre le domicile et la sortie au profit d'autres hypno-sédatifs

L'évolution de la classe des benzodiazépines est particulièrement intéressante. En effet, l'étude met en évidence un taux similaire de prescription de ces médicaments entre le domicile et la sortie (évolution domicile-sortie : +1%), avec toutefois un pic transitoire lors de l'hospitalisation. L'hôpital n'augmenterait donc pas le nombre de prescriptions de benzodiazépines par rapport au domicile.

En outre, si l'on tient compte de remplissage variable des prescriptions à domicile, il est possible que le taux de benzodiazépines prescrites à domicile soit en réalité plus élevé que ce qui a été mesuré dans cette étude. Auquel cas, l'hôpital serait un déprescripteur de cette classe de molécules.

L'étude de Schumacher, réalisée dans un hôpital régional Suisse a retrouvé à la sortie des patients que 67.1 % des benzodiazépines introduites durant l'hospitalisation avaient été arrêtées à la sortie, marquant cette volonté de réduire le nombre de benzodiazépines introduites durant le séjour (104).

Les données QUANT soulignent donc une prise de conscience institutionnelle du risque des benzodiazépines et une volonté d'en réduire la prescription au profit d'autres alternatives, chez les personnes âgées hospitalisées.

En revanche, d'autres molécules ou classes voient leur nombre de prescription augmenter entre le domicile et la sortie : c'est le cas de la mélatonine (+165%), du clométhiazole (+160.9%), de la quétiapine (+90.6%) et des antidépresseurs (+76.2%). Paradoxalement, malgré la mise à disposition du Valverde® (valériane) depuis la mi-juin, aucune phytothérapie n'était prescrite en cours ou en décours

d'hospitalisation. L'analyse QUAL de cette méthode mixte permettra peut-être d'en comprendre la raison.

D'autres sources évoquent cette recherche d'alternatives aux benzodiazépines. En 2020, l'équipe de Neville indiquait le zopiclone (32.0%), comme molécule la plus nouvellement prescrite, suivi du lorazépam (21.9%) (120). Cependant, la quétiapine et le clométhiazole n'avaient pas été évalués dans cette étude. Les auteurs avaient néanmoins également relevé cette volonté de s'éloigner des benzodiazépines et cette difficulté à cibler les alternatives adéquates.

D'autres sources mettent en évidence l'augmentation progressive des prescriptions de clométhiazole ou de quétiapine (104, 131).

Si cette analyse a permis de quantifier les DCI prescrites à domicile, au temps T, et à la sortie, elle ne permet cependant pas encore d'expliquer quel changement se sont opérés entre les différentes périodes. Ainsi, à ce stade, il n'est pas encore possible de dire si l'augmentation transitoire du nombre de benzodiazépines durant l'hospitalisation est dû à :

- Des indications transitoires de prescription, c'est-à-dire de nouvelles prescriptions en cours d'hospitalisation qui sont retirées avant la sortie
- Une association entre d'une part des nouvelles prescriptions qui sont maintenues à la sortie et, d'autre part, des déprescriptions de benzodiazépines instaurées à domicile.

Une analyse plus fine des types d'évolution opérées au sein de chaque classe permettra de comprendre les décisions prises concernant ces prescriptions.

4.1.8 Caractérisation des évolutions de prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs

Nouvelles prescriptions

Sur les 574 prescriptions analysées, 45% concernaient des instaurations de traitement durant l'hospitalisation. Et 36% du total de prescriptions étaient maintenues à la sortie, soit une réduction de 10% du nombre de prescriptions entre le temps T et la sortie. Une étude multicentrique réalisée en Nouvelle-Ecosse avait également retrouvé un chiffre similaire de nouvelles prescriptions instaurées à l'hôpital : 37,6% (120). Dans l'étude de Schumacher et al, 37% des patients ont reçu une nouvelle prescription durant leur séjour, et 37% ressortaient avec cette prescription à la sortie (104).

Déprescription

Au total, 16,7% des modifications concernaient une déprescription en cours d'hospitalisation, soit via une réduction de dose (4%), soit via une interruption de traitement (12,7%). Les interruptions de traitement concernaient surtout des benzodiazépines (39,9%), des z-drugs (11,1%), et de la quétiapine (23,6%).

Les réductions de dose, de fréquence, ou de condition (passage de d'office à réserve) concernaient également les benzodiazépines (8; 33.3%) et la quétiapine (7; 29,2%). Ces données confirment la volonté annoncée plus haut de réduire le taux de prescription globale des benzodiazépines (5, 122) Il est intéressant de voir que, bien que la quétiapine subisse de nombreuses réductions et interruptions, elle reste la molécule la plus nouvellement prescrite : 32.5% des nouvelles prescriptions instaurées à l'hôpital et maintenues à domicile. Ce remplacement des benzodiazépines par la quétiapine a déjà été constaté dans la littérature (132, 133).

Benzodiazépines, quelles modifications, quelles décisions ?

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, cette analyse permet à présent d'affirmer que le pic transitoire de benzodiazépines en cours d'hospitalisation était dû : tant à des indications transitoires (20%) qu'à des associations de nouvelles prescriptions maintenues à la sortie (24%) et des déprescriptions de benzodiazépines instaurées à domicile (22%). L'hôpital est donc autant prescripteur que déprescripteur en ce qui concerne les benzodiazépines, au profit, de la quétiapine (32.5% des nouvelles prescriptions maintenues à domiciles), du clométhiazole (21.1%) et des antidépresseurs (14.4%).

Aucun article n'a été trouvé dans la littérature pour permettre de caractériser cette prise de décision et cette distinction entre indication transitoire ou association de nouvelles prescriptions d'une part et de déprescription d'autre part.

4.1.9 Nombre de patients avec au moins une nouvelle prescription

Au total, **42.9%** des patients inclus dans l'étude sortent de l'hôpital avec une prescription additionnelle de benzodiazépines ou hypno-sédatifs. Concernant les nouvelles prescriptions de benzodiazépines, celle-ci concernaient 16.7% des patients, dont **8.7%** sortent d'hospitalisation avec cette prescription.

Ces données permettent de répondre à la demande de la SSMIG de quantifier la « proportion de patients âgés ≥ 65 ans qui ont un nouveau traitement de benzodiazépine (ou autres sédatifs-hypnotiques) introduit durant le séjour ».

Les taux de patients ressortant avec des nouvelles prescriptions retrouvées dans cette analyse sont plus élevés que dans la littérature. L'équipe de Schumacher et al. en 2017, dans une étude réalisée dans un hôpital régional Suisse, a mesuré que 37% des patients avaient reçu au moins une nouvelle prescription (n=290) de benzodiazépines et hypno-sédatifs, dont une majorité de clométhiazole (32%). Et 37% de ces patients (14% du total) ressortaient avec cette nouvelle prescription (104).

Cependant, la quétiapine n'avait pas été incluse dans l'étude à l'époque et la liste de molécules analysées était plus restreinte. De plus, cette étude a été menée dans une unité de médecine interne avec 73% de patients âgés de plus de 65 ans.

4.2 Discussion de l'analyse qualitative : Analyse des barrières et des facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez la population gériatrique

4.2.1 Présentation conceptuelle des barrières et facilitateurs selon les différentes parties prenantes

Le comportement clé étudié dans l'analyse qualitative est « *L'initiation de la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs par les médecins internes, et ce en collaboration avec les autres parties prenantes de l'hôpital, y inclus le patient* ».

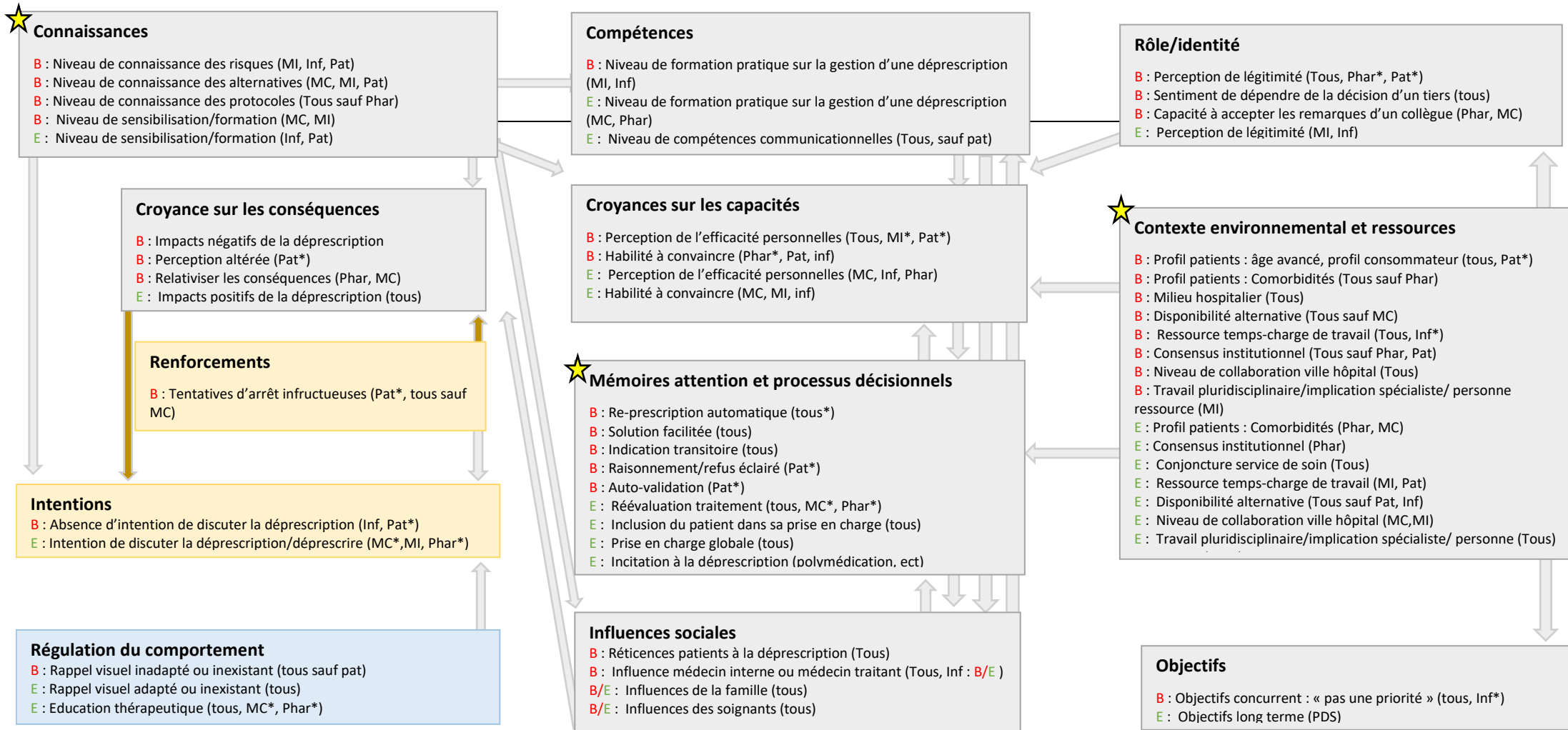
Or, la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs en milieu hospitalier est un « challenge » pour les différentes parties prenantes. Ce terme a d'ailleurs été employé par l'un des professionnels de santé pour décrire cet enjeu.

La figure 25 reprend, sous forme de mind-map les principaux facilitateurs et barrières à la déprescription des benzodiazépines, relevés dans le cadre de cette étude.

Les barrières et les facilitateurs varient en fonction des différents groupes de parties prenantes mais également au sein d'un même groupe. Néanmoins, l'analyse qualitative a permis de ressortir un top 3 des barrières et facilitateurs les plus pertinents qui régissent la prise de décision : les « connaissances », les « processus décisionnels » et l'« environnement ». Les domaines « environnement » et « processus décisionnels » sont le plus fréquents et sont très ancrés. A l'inverse, le domaine « connaissances », est le plus ancré mais est également très fréquent. Les domaines de ce Top 3 sont marqués d'une étoile[☆] dans le mind-map. Ces trois domaines interagissent avec neuf autres domaines principaux. Six sont communs à toutes les parties prenantes : « compétences », « influences sociales », « objectifs », « croyances sur les conséquences », « croyances sur les capacités » et « rôle ». Les trois autres domaines sont spécifiques à certains groupes de participants.

Les patients avaient pour domaines plus spécifiques à leur groupe : les « intentions » et les « renforcements », essentiellement dans le contexte de *tentatives d'arrêts infructueuses*. Malheureusement, ce groupe étant minoritaire par rapport au reste des parties prenantes, leur domaines spécifiques se sont dilués dans le flux des données qualitatives. C'est pourquoi ces domaines minoritaires dans les autres groupes ont été intégré dans le mind-map (encadrés jaunes). Enfin, le dernier domaine présenté, la « régulation du comportement » est plus spécifique aux professionnels de santé (encadré bleu). Le thème *éducation thérapeutique* est particulièrement ancré chez les médecins cadres qui se disent convaincus de la nécessité d'utiliser ce facilitateur comme levier dans la démarche de déprescription. Du côté des patients, il serait à mettre en parallèle à leur réjouissance de

bénéficiaire d'une *personne ressource* « environnement » et leur volonté d'œuvrer eux-mêmes à leur propre prise en charge, repris dans les thèmes *inclusion du patient* (« processus décisionnels ») et *perception de légitimité* (« rôle »). Les barrières et facilitateurs mis entre parenthèse dans le tableau QUAL des résultats n'ont pas été considérés comme pertinents et n'ont pas été repris dans ce mind-map global. Enfin, ont été ajoutées dans ce mind-map, des flèches présentant les interactions principales entre chaque domaine. Par exemple, une *tentative infructueuse d'arrêt* (« renforcements ») de benzodiazépines renforce la perception du patient sur *l'impact négatif* (« croyances conséquences ») de la déprescription et peut donc se répercuter sur ces « intentions » ou non, de recourir à la déprescription. Ce schéma de pensée est illustré par les **deux flèches dorées** dans le mind-map.



TOP 3 des domaines les plus pertinents

B : Barrières E : Facilitateurs (enablers). PDS : professionnels de santé ; Phar : pharmacien ; Inf : infirmier ; MC : médecin cadre ; MI : médecin interne ; Pat : patient * : utilisé pour souligner l'ancrage de ce thème pour la partie prenante correspondante

Les encadrés jaunes représentent des domaines spécifiquement orientés patients

L'encadré bleu représente un domaine spécifiquement orienté professionnels de santé

Figure 25 : MIND-MAP des barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs en milieu hospitalo-universitaire

4.2.2 Construction de schémas de pensée au travers des citations des différentes parties prenantes

Certains domaines et certains thèmes s'imbriquent entre eux tel un puzzle révélant, sous forme de schéma de pensée, les interactions entre les différentes parties prenantes. Afin de présenter un condensé de ce puzzle, il est proposé au lecteur de parcourir les schémas de pensées des trois domaines principaux (Top 3).

Tout comme lors de la présentation des résultats, les thèmes évoquant exclusivement des *barrières (B)* sont notifiés *en rouge*, ceux évoquant uniquement des *facilitateurs (E)*, *en vert* et ceux qui peuvent être placés tant comme facilitateurs que comme barrières, selon les différences de point de vue, sont conservés sans code couleurs en italique dans le texte.

Processus décisionnel

La construction du schéma de pensée se rapportant à la déprescription de benzodiazépines et hypnotiques est similaire entre les différentes parties prenantes, surtout dans les groupes de professionnels de santé. Plusieurs barrières ressortent, la plus imposante étant la *represcription automatique* (« processus décisionnel ») et l'idée qu'une prescription instaurée depuis longtemps et sans effet indésirable notable, ne doit pas être modifiée :

B : « *Honnêtement, ça c'est une habitude que quand ça marche, personne ne se pose la question de pourquoi, puis si on peut faire autrement* » MC 031.

B : « *quand un problème est géré, il est géré (rires). On ne va pas revenir dessus* » MI 021.

B : « *quelqu'un qui vient avec du zolpidem, on ne va pas l'enlever (...) On ne va même pas réévaluer, parce qu'il arrive avec, c'est qu'il ne dort pas bien* » Inf 011

Ce postulat est confirmé par un membre du groupe pharmacien :

B : « *si le patient avait déjà la BZD à domicile, souvent ils ne veulent pas y toucher* » Phar 001.

Mais cette *represcription automatique* est également une *solution de facilité* (« processus décisionnel ») :

B : « *c'est un peu une facilité (...) de cliquer sur tout ce qu'il a pris sur le séjour, (...) et puis de faire « ok envoi impression ordonnance de sortie* » MC 031.

S'ajoutent à cela les réticences du personnel soignant et des patients qui les encouragent dans cette *represcription automatique* (« Processus décisionnel) :

B : « *des soignants, qui sont très vite demandeurs de (...) traitements*» MI 023

Ce phénomène s'explique aussi par le fait qu'il s'agisse d'*habitudes ancrées* (« processus décisionnel ») dans le mode de vie des patients :

B : « En fait, il décrivait vraiment un rituel. Donc, le soir ils se faisaient chacun une tisane, et ils prenaient chacun leur BZD avant d'aller se coucher » Phar 003

B : « Ecoutez, le soir, mon mari, à dix heures, il fait une camomille. Et je prends mon Temesta » Pat 043

B : « Je prends mon Temesta. Je fais mes prières et je m'endors » Pat 043

Cela s'accompagne également d'un processus d'*auto-validation* (« processus décisionnel ») de la prescription de la part des patients :

B : « Voilà, c'est la seule chose que je prends. Je ne bois pas, je ne fume pas. J'ai une vie relativement saine » Pat 041

B : « Vous savez, j'en prends un le soir » Pat 041

Ainsi, tant que le patient ne ressent pas d'effets indésirables, ou est dans le déni de les ressentir, il va décider de poursuivre le traitement, et ce malgré la connaissance des risques. Ce qui nous amène à la dernière barrière du domaine « processus décisionnel », le *refus éclairé du patient* (« processus décisionnel »):

B : « Même [si] il n'est pas bien mais il me fait dormir. C'est tout ce qui compte pour moi, dormir » Pat 043

Une fois le patient informé, les professionnels de santé acceptent par résilience ce *refus éclairé* :

B : « [si le patient refuse] Bah, il refuse. On lui a expliqué le pourquoi (...) On lui a dit qu'est-ce que ça aurait comme conséquence. Il prend sa décision, (...), décision prise en étant éclairé. » MC 031.

Les prescripteurs se disent en effet *influencés* par la *réticence des patients* (« influence sociales ») :

B : « qu'il en soit convaincu de l'utilité de ce traitement. Bah ça va m'influencer. Je ne vais pas spécialement déprescrire. » MC 033

D'autant que la *réticence* de certains est très marquée (« influence sociales ») :

B : « qu'on me foute la paix avec ce petit somnifère du soir. » Pat 041

Certains n'ont en effet aucunement l'*intention* (« intention ») d'en changer :

B : « je ne veux pas arrêter » Patient 042

Cette volonté de rendre le patient acteur de ses soins et de sa prise en charge est très présente chez toutes les parties prenantes mais encore plus marquée chez les médecins cadres et les infirmiers. Malgré leur *réticence* initiale, l'*inclusion du patient dans sa prise en charge* constitue un important facilitateur du domaine « processus décisionnel » :

E « on les guide dans la réflexion, quoi. Et l'idée, c'est qu'ils soient acteurs. Et qu'ils disent : bon, bah finalement. » MC 032

E : « c'est plutôt le ressenti du patient. Comment lui ressent ses nuits, s'il trouve qu'il a un sommeil de qualité ou pas ? » Inf 012

En outre, les médecins n'hésitent pas à faire appel à leurs connaissances en *éducation thérapeutique* (« régulation comportement »).

E : « on a fait des ateliers « chutes » de toutes dimensions. Et, entre autres, on avait la relecture d'ordonnance avec les patients » MC 032.

Les patients expriment également leur souhait de prendre eux-mêmes leur décision :

E « : Mais, moi je suis complètement responsable de moi-même. Et puis, je n'ai encore pas perdu la tête » Pat 041.

Malgré les barrières évoquées précédemment, les patients sont parfois à l'initiation du principal facilitateur du domaine « processus décisionnel » : la *réévaluation* de leur propre *traitement* (« processus décisionnel »):

E : « et puis maintenant est-ce que ça me sert vraiment ? J'aimerais pouvoir le contrôler » Pat 044.

Les médecins internes, les infirmiers et patients seront plus enclin à réévaluer le traitement s'ils ont des *incitations à la déprescription* (« processus décisionnel »), de type d'effets indésirables, d'incitations d'autres professionnels ou de polymédication :

E : « on a eu une chute dans le service ? (...) tout de suite, on réévalue » Inf 012

Certains patients s'inquiètent en effet des risques d'interaction associés à leur polymédication :

E : « il y en a forcément un qui doit contrarier les autres » Pat 044

Il se disent motivés par les *impact positifs d'uen déprescription* (« croyances conséquences ») : *E* : « chez les patients âgés, la réévaluation de ces traitements pourrait avoir un impact absolument favorable, (...) cela pourrait diminuer les chutes à la maison » MI 021

Pour les médecins cadres et les pharmaciens, la *réévaluation du traitement* (« processus décisionnel ») est une évidence :

E : « Si c'est une BZD prescrite à l'hôpital, (...) je demande toujours, si c'est en réserve et que c'est donné systématiquement, pourquoi c'est prescrit. » Phar 001

E : « Mais si c'est (...) des BZD, on va plutôt les mettre en réserve. Et (...) à la fin de l'hospitalisation, on va regarder ce qui a réellement été pris. » MC 033.

Il se disent parfois influencés par des retours du personnel soignant (« influences sociale ») :

E : « Eux (infirmiers), ils les ont au quotidien et ils nous rapportent leur ressenti de la nuit, du lendemain matin (...): « Je le trouve bien ensuqué le matin ». MC 032

Les pharmaciens les encouragent également dans cette démarche :

E : « je trouve que depuis que vous intervenez - et puis moi, j'aime ce regard un peu sur le médicament » MC

Cette dernière citation met en évidence un dernier point abordé par l'ensemble des parties prenantes et, fortement ancré : l'**indication transitoire** :

B/E: « Ah je me dis, quand elle est transitoire, qu'elle a un début et une fin. » MC 032

B/E : « c'est vrai qu'il y a pas mal déjà de BZD un peu au coup par coup (...) c'est aussi pendant l'hospitalisation. On ne les remet pas forcément [en cause] avant la sortie » MC 033

Cette idée de prescrire en cours d'hospitalisation et la nécessité de déprescrire à la sortie apparaît parfois comme une **solution de facilité**, citée plus haut :

B/(E): « je me dis vraiment que c'est du transitoire (...) que c'est une canne pour passer un cap. » MC 032

Contexte environnemental :

L'une des barrières les plus fréquente véhiculée par les professionnels de santé et très ancrée chez les infirmiers est le *manque de temps* « environnement » et l'**impact négatif** (« croyances conséquences ») que la déprescription pourrait avoir sur leur charge de travail :

B : « Ça veut dire qu'après, cela va faire lourd pour nous. Parce qu'il faut surveiller les personnes. Cela ne va plus être possible, on ne sera pas assez pour pouvoir gérer tout ça » Infi L011

Pour autant, certains médecins internes n'hésitent pas à prendre le *temps* « environnement » : pour éviter une nouvelle prescription : **E** « : ça m'arrive assez fréquemment de me poser pendant 20-30 min avec le patient parce que je n'ai pas envie de mettre en réserve quoique ce soit » MI 023

Et la **conjoncture du service de soins non aigus** « environnement » semble propice à cette démarche de déprescription :

E : « (...) en réadaptation, (...) c'est (...) là où on peut tenter des déprescriptions ou des introductions de traitement avec une surveillance hospitalière, (...) à distance d'un épisode aigu, donc les patients sont plus stables » MC 033

E : « avec la réadaptation et la gériatrie, on a l'avantage d'avoir une activité physique (...) et voir si (...) ils prennent un peu un rythme » MI 023

Malgré cela, le **milieu hospitalier** « environnement » est perçu comme très perturbateur pour les patients et peut constituer une grosse barrière :

B : « il y a toujours des gens qui courent partout, ils ont un voisin, voire deux, qui ronflent ou pas, qui déambulent, qui se couchent dans leur lit selon comment. Ça peut être assez, assez perturbant » MI 021.

B : « je demande toujours qu'on baisse les stores et (...) et que l'on ferme la porte, parce que ça ricane toujours là-bas dans le coin. » Pat 044.

B : « ils ont un voisin qui ronfle (...) avec des infirmières (...) Enfin, ce n'est pas là qu'on peut arrêter une BZD. » MC 031.

Derrière cette dernière citation se cache également le *sentiment de dépendre de la décision d'un tiers* et notamment du médecin traitant (« rôle ») :

B : « Mais je pense que pour certains, il vaut mieux, laisser la main [au médecin traitant]. Surtout quand c'est des traitements chroniques. Donc, ça ne va rien changer à les enlever pendant [l'hospitalisation] » MC 031

B : « souvent ils ne veulent pas y toucher, ce sera au médecin traitant de gérer le sevrage » Phar 001.

Par ailleurs, les médecins internes et cadres évoquent le *manque de disponibilité des médecins traitants* qui les bloque fortement dans cette *collaboration ville-hôpital* (« environnement ») :

B : « je trouve qu'ils sont difficiles à joindre pour qu'on en discute de vive voix » MC 032

B : « il y a cette grosse boutique hospitalière, et il y a la ville. On sent qu'il y a une espèce de mur entre les deux. (...) Mais ça manque (...) ce lien ville-hôpital plus facile » MC 032

Les outils inadaptés sont également mis en cause :

B : « les courriers sont beaucoup trop longs. (...) On perd l'information essentielle » MC 032

B : « Mais voilà, je ne sais pas dans quelle mesure on aurait un outil HUG pour mieux communiquer avec eux » MC 032

Cependant, la *collaboration ville-hôpital* (« environnement ») est perçue comme une grande opportunité par plusieurs professionnels de santé :

E : « Si c'est un traitement qui nous gêne selon le motif d'hospitalisation, (...), on peut demander au médecin traitant un petit peu son avis sur ce traitement » MC 033.

E : « parfois le médecin traitant il a les données justes avant l'hospitalisation » Inf, 011

E : « leur faire bénéficier de la consultation qui a eu lieu pendant les visites et de leur dire : « voilà, on l'a mis en évidence, que ces traitements-là, peut-être, pouvaient être ajustés ou modifiés ». Ça (...) c'est vraiment une plus-value pour le patient. » MC 031

Enfin, une barrière fréquemment évoquée est le *niveau de consensus institutionnel* :

B : « Tout le monde met des molécules différentes » MI 021

Ce qui peut davantage perturber les médecins internes dans leur construction de briques de « connaissances ». Néanmoins, les infirmiers et les pharmaciens se réjouissent des optimisations en cours au *niveau institutionnel* (« environnement ») :

E : « Tout ce qui a été mis en place par rapport au risque de chute, qui permet vraiment de (...) d'être attentif aux prescriptions liées au sommeil » Inf 011

E : « on sent qu'il y a une (...) reconnaissance institutionnelle- avec des mesures autres, comme peut-être l'art-thérapie, l'hypnose, les massages » Phar 001

Les « connaissances » et les « compétences influençant les croyances sur les capacités

Le *niveau de connaissances théoriques* (« connaissances ») et de *compétences pratiques* (« compétences »), sont perçues fréquemment comme des barrières majeures tant concernant les *effets indésirables des benzodiazépines* et des *hypno-sédatifs* (« connaissances ») que sur les *alternatives* (« connaissances ») et les *recommandations de sevrage* (« connaissances »).

B : « [j'ai appris] que (...) le risque de chute, il est aussi présent [avec la Distraneurine], (...) je pensais que (...) c'était tranquille » MI 021.

Ainsi, les médecins internes ont encore très peu d'expérience sur le terrain ce qui peut les fragiliser dans leur rôle de déprescripteurs et expliquer leur faible *perception d'efficacité* (« croyances capacités):

B : « en tant que personne qui ne se considère pas comme expert, c'est toujours compliqué de prendre en charge la problématique.» MI 023

Ce sentiment de manque de formation pratique les rend parfois *réticents [médecins internes]* (« influence sociales ») à une déprescription et les encourage à une *represcription automatique* (« processus décisionnel »):

B : « Et il y en a qui sont très frileux, qui disent : « Non, non, mais c'était comme ça avant, on ne touche à rien » MC 032

Pour autant, les infirmiers contrastent ces propos et notent l'*enclin des médecins internes* (« influence sociales ») à déprescrire :

E : « on voudrait qu'il mette quelque chose, le médecin n'est pas trop pour » Inf 011

En effet, malgré leur *manque de connaissances* (« connaissances »), les médecins internes, ont conscience des risques et bénéficient de l'appui de leur cadre. En effet, les médecins cadres accordent une grande importance à la *formation/sensibilisation continue* (« connaissances ») de leurs internes, afin de les aiguiller dans cette démarche de déprescription :

E : « on leur dit (...) de bien vérifier est-ce que c'est une agitation ou une insomnie ? Est-ce que ce trouble du sommeil pose problème dans l'immédiat ? » MC 033.

Pour les médecins cadres, leur propre *niveau de connaissances sur les risques des BHS* apparaît comme un moteur dans cette démarche, bien que le *manque de connaissances d'un protocole de déprescription validé* (« connaissances ») ait été évoqué par l'un d'entre eux :

B : « je ne sais (...) pas si le protocole existe, mais (...) s'il n'existe pas, ça pourrait être cool d'en avoir un. Et (...) Je serais intéressée d'avoir un tel document si, s'il existe déjà » MC 033.

Le niveau de connaissances des infirmiers semble varier selon les intervenants. Ils rapportent un bon *niveau de connaissance des risques* (« connaissances ») mais un *niveau de sensibilisation* (« connaissances ») moindre quant à une éventuelle démarche de déprescription et de *réévaluation de traitement* (« processus décisionnels ») :

B : « *réévaluer, c'est déjà une information que pas forcément tout le monde a* » Inf 011

B : « (...) *si on a l'info qu'il faut éviter de mettre ce genre de traitement au patient. Et avoir une piqure de rappel* » Inf 011.

Ils suggèrent d'ailleurs la mise en place de *rappels visuels* aujourd'hui *inexistants* (« régulation comportement »):

B : « *Et avoir une piqure de rappel dans une checklist ou peu importe...pas que (pour) nous mais aussi (pour) les médecins et peut-être aussi (pour) les apus*» Inf L011.

S'ils étaient plus sensibilisés, ils seraient prêts à participer à une démarche de réévaluation du traitement BHS. Il se disent en effet à l'aise avec la démarche de *réévaluation de traitement* (« processus décisionnels ») et témoignent d'une bonne perception d'efficacité (« croyances capacités ») :

E : « *Oh oui, bien sûr [] (...). C'est quelque chose qu'on fait avec les autres traitements. C'est juste une surveillance en plus pour nous.* » Inf 011

Ils prennent en effet à cœur leur « rôle » de surveillance des signaux d'alarme et l'inclusion du patient dans ce genre de décision :

E : « *transmettre ce qu'on objective, tout simplement évaluer le fait qu'on ait enlevé ce traitement, mis un autre (...) est ce que ça fait effet ou pas.* » Inf 011

Pour les pharmaciens, ce domaine « connaissances » réunit un grand nombre de facilitateurs et d'opportunités. Ainsi, indépendamment de ce qui est relaté par les autres groupes de professionnels de santé, ces derniers témoignent d'un *niveau de connaissances* (« connaissances ») et de *compétences techniques* (« compétences ») élevées. Pour autant, cela ne semble pas suffisant pour appuyer leur démarche de déprescription et leur *sentiment d'efficacité* (« croyances capacités ») :

B : « *y a des (...) concepts théoriques (...) qu'on n'arrive pas à appliquer en pratique* » Phar 002.

L'un d'entre eux rapportent également une croyance d'un haut niveau de connaissance partagés par les autres professionnels de santé, notamment en termes de connaissances des indications et des risques des benzodiazépines :

E : « *si tu fais passer un QCM aux médecins et aux infirmières, plus de nonante pourcents vont te dire qu'on doit absolument éviter les benzodiazépines, en particulier chez les sujets âgés* » Phar 002

Le *niveau de connaissances* (« connaissances ») des patients sur leur traitement, apparaît comme une barrière à la déprescription. Le *niveau de sensibilisation* (« connaissances ») des patients aux risques des benzodiazépines et hypno-sédatifs est variable, selon les participants. Deux d'entre eux déclarent ne pas avoir eu d'information sur leur traitement. Ni lors de la première prescription, ni par la suite. Un patient a évoqué les mauvaises compétences communicationnelles de son médecin traitant, comme barrière à cette discussion de désensibilisation.

Les médecins cadres manifestent leur volonté de combler ce fossé en en effet en augmentant le *niveau de sensibilisation* (« connaissances ») du patient et en l'incluant dans sa prise en charge (« processus décisionnels ») :

E: « Ah, d'ailleurs, monsieur, je ne vous ai pas dit, mais votre hypnotique-là, qu'est-ce que vous en pensez ? » MC 032.

Tel un palindrome, cette fin de la brique « connaissances » s'imbrique avec celle du premier domaine abordé dans ce chapitre, le « processus décisionnel », révélant peu à peu le puzzle d'interactions étroites existant entre chaque domaine. Il est essentiel de mesurer les impacts de ses interactions afin d'appréhender des mesures concrètes de régulation du comportement qui, bien qu'orienté vers un domaine spécifique, influencerait par ricochet, sur d'autres domaines. Une intervention visant à élargir les *connaissances des alternatives* (« connaissances ») des médecins aurait par exemple un impact direct sur leur perception d'efficacité personnelle (« « croyance capacité »).

4.2.3 Comparaison de l'analyse QUAL avec la littérature

Les « processus décisionnels » et l'« environnement » faisaient également partie des domaines les plus pertinents dans la littérature. En effet, l'étude réalisée en 2007 par l'équipe belge d'Anthierens et al., qui s'intéressait aux barrières et facilitateurs à l'initiation d'une déprescription de benzodiazépines chez les médecins généralistes, avait défini comme principale barrière ces trois éléments : le *manque de temps* « environnement », le recours à une *solution de facilité* « processus décisionnels » et l'*absence d'alternative* « environnement ».

En revanche, le domaine « connaissances » n'est pas systématiquement relevé dans la littérature. En effet, ce domaine ne fait pas partie de ceux relevés par la revue de systématique de P. Evrard, qui soulignait les domaines suivants : « processus décisionnels », « environnement », « croyances sur les capacités », « croyances sur les conséquences », « intention », « objectifs » et « influences sociales » (82). Cependant, cette revue systématique a inclus majoritairement des études réalisées en EMS ou en ambulatoire. Une seule étude réalisée en milieu hospitalier, menée spécifiquement auprès des patients (et donc pas de professionnels de santé), a été intégrée dans cette revue (83). Cela peut expliquer l'absence du domaine « connaissances » dans les principaux domaines pertinents relevés. Le

contexte hospitalo-universitaire de cette étude mixte explique que ce domaine soit non seulement très fréquent mais également très ancré chez les différentes parties prenantes. En effet, les hôpitaux universitaires accueillent chaque année de nombreuses personnes en formation, encore en pleine construction de leur brique « connaissances ».

L'étude de Keller et al., réalisée dans un hôpital californien, avait surtout relevé la *connaissance des risques* (« connaissances ») comme facilitateurs à la déprescription, sans évoquer les potentiels manque de connaissances sur les alternatives ou protocoles (97). Cependant, cette étude avait été menée dans un hôpital régional (non universitaire), accueillant sans doute moins de personnels de santé en formation.

L'étude qualitative réalisée entre le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) avait également retrouvé un *niveau de connaissance des recommandations* (« connaissances ») très variable. En outre plusieurs éléments de cette analyse inductive rappellent les thèmes *profils patient* (« environnement ») et *réévaluation du traitement* (« processus décisionnels") (134).

L'*éducation thérapeutique* (« régulation du comportement ») du patient a également été mis en évidence par plusieurs sources (97, 120). Keller et al. soulignent en effet l'impact considérable de ce facilitateur clé dans la démarche de prescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs et l'importance de l'inclure comme technique de changement du comportement (97).

4.2.4 Discussion de l'étude mixte : triangulation de Farmer

La triangulation de Farmer a mis en évidence la façon dont les barrières et les facilitateurs influencent les différentes parties prenantes dans leur processus de déprescription et l'impact de ceux-ci sur les décisions prises en milieu hospitalier universitaire.

1. Collecte des données

Un premier frein potentiel à la déprescription est rencontré dès l'admission du patient et concerne la collecte des données des traitements à domicile des patients (ex. médicaments habituels etc.). Le taux faible d'anamnèses médicamenteuses manquantes (3.66%) objectivées dans le dossier contraste avec le taux élevé de prescriptions inactives (54.7%), à domicile, qui laisse penser que les données récoltées sont incomplètes.

Cependant, ces taux sont à prendre avec précaution car ils dépendent du taux de remplissage de l'onglet « prescriptions à domicile » dans DPI. Etant donné que cet onglet est encore très peu rempli, il a fallu rechercher manuellement le paragraphe « traitement à domicile » rempli en texte libre dans les lettres d'admission ou encore dans l'onglet « formulaire » dans la documentation des « urgences ».

L'analyse QUAL fournit des éléments de réponses complémentaires. Selon les 5 groupes de parties prenantes, la récolte de donnée dépendrait de 3 sources principales : le médecin traitant, la famille et le patient lui-même (« influences sociales » et *inclusion patient* « processus décisionnels »).

L'*inclusion du patient dans sa propre prise en charge* (« processus décisionnels »), pour autant qu'il ne souffre pas de troubles cognitifs (« environnement »), ou l'implication d'une *personne ressource* (« environnement ») dans la prise en charge du patient sont en effet évoqués comme facilitateurs. En revanche, les médecins internes et les médecins cadres témoignent d'une *collaboration ville-hôpital caduque* (« environnement ») et de la *difficulté de joindre les médecins traitants* au téléphone (« environnement »). Ceux-ci seraient généralement joignables le matin lorsque les praticiens hospitaliers sont en visite dans les unités de soin. En outre, le *manque de temps* (« environnement ») est évoqué à plusieurs reprises par les professionnels de santé comme barrière, et semble conditionner l'obtention d'informations exhaustives.

L'officine de ville n'a pas été évoquée par les professionnels de santé dans cette démarche de collecte de données. Un patient a cependant évoqué son pharmacien comme personne connaissant parfaitement ses médicaments.

Ces éléments peuvent influencer le taux de remplissage des sources consultées pour définir le taux de médicaments non prescrits à domicile et donc surestimer ce taux.

Ce taux de prescription à domicile soulève l'enjeu majeur d'une bonne réconciliation médicamenteuse et l'importance de systématiser la notification des prescriptions du domicile dans le DPI.

Aux HUG, le projet de réconciliation médicamenteuse *MedRec* encourage cette démarche et vise, entre autres, à renforcer et sécuriser le processus de prescription médicamenteuse tout au long du parcours de soin du patient (admission-transfert-sortie, consultation ambulatoire).

2. Diagnostic initial

Une fois que les traitements à domicile sont répertoriés, il convient d'établir le diagnostic initial. Les données QUANT sont mitigées puisqu'elles font état d'indications répertoriées chez 62.5% de patients analysés, dont 21% de troubles du sommeil. Les barrières et facilitateurs à cette étape sont sensiblement les mêmes que pour la collecte de données. Mais s'ajoutent à ceux-ci les « connaissances » et « compétences » variables des différentes parties prenantes, favorables pour les médecins cadres et pharmaciens mais défavorable pour les médecins internes. La sensibilisation (« compétences ») de ces derniers les encouragerait cependant à réévaluer le traitement et donc à en catégoriser l'indication. Cette étape souligne déjà l'importance d'assurer la continuité de la formation des jeunes diplômés, d'autant plus importante dans une institution hospitalière.

3. *Caractéristiques patient*

Ensuite, un autre grand enjeu peut influencer la réévaluation du traitement de benzodiazépines ou d'hypno-sédatifs. Il s'agit des *caractéristiques du patient* (« environnement ») et essentiellement de quatre paramètres :

i. L'âge et durée de prise

Tout d'abord, le profil consommateur (« environnement ») du patient, à savoir son grand âge et la durée de prise. Les moyennes d'âge des patients étaient convergentes dans les deux groupes d'analyse QUANT et QUAL (86.46 ± 7.31 versus 88.75 ± 4.50 ans). Cette tranche d'âge était également la plus représentée par les patients du groupe QUANT. Cette caractéristique démographique a largement été discutée et corroborée avec la littérature dans la discussion de l'analyse QUANT. Elle est cependant à mettre en perspectives avec les données QUAL.

En effet, l'analyse QUAL place ce grand âge (« environnement ») comme un prétexte utilisé par les patients ou leur médecin traitant pour ne pas réévaluer une prescription de benzodiazépines ou hypno-sédatif. Les habitudes de prise ancrées (« processus décisionnels ») de ces derniers les encouragent davantage à une prescription automatique (« processus décisionnels »). Certains professionnels de santé de l'analyse QUAL se disent démunis face à ces habitudes ancrées (« processus décisionnel »). Cette durée de prise est malheureusement restée silencieuse dans le QUANT car il n'existe pas de notification systématisée de cette information dans le DPI.

Dans la littérature, l'âge est autant vu comme une barrière que comme un facilitateur et incitateur à la déprescription (« Processus décisionnel ») étant donné l'impact positif (« croyances conséquences ») de la déprescription de telles molécules chez cette population (86, 90). D'autres études, réalisées en EMS ou en ambulatoire, ont relevé le grand âge comme une barrière et une courte durée d'administration comme un facilitateur à la déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs. (135, 136).

ii. Le sexe

Comme évoqué dans l'analyse QUANT, les pourcentages de femmes retrouvées tant dans l'analyse QUANT (61.4%) que dans l'analyse QUAL (75%) correspondent à ce qui est retrouvées dans la littérature chez les consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs (107-109). L'influence du *sexe* (« environnement ») n'a cependant été évoqué par aucune des parties prenantes, patients inclus. Pourtant, plusieurs sources, les citent effectivement comme une barrière à la déprescription (89, 90). Selon Mac Hug, et al, la raison de cette consommation accrue chez les femmes réside dans leur plus grande anxiété.(137). Ce qui nous amène à la troisième caractéristique du patient susceptible d'influencer sa consommation de benzodiazépines et hypno-sédatifs, les comorbidités associées à ces troubles du sommeil.

iii. Les comorbidités

Le troisième paramètre des caractéristiques patient évoquées sont les comorbidités.

Si les pharmaciens et certains médecins cadres évoquent ces comorbidités (« environnement ») comme causes sous-jacentes des troubles du sommeil qui encouragent la *réévaluation du traitement* (« processus décisionnels »), les patients, les infirmiers et les médecins internes évoquent plutôt ces *comorbidités* comme des freins à la déprescription. Les *comorbidités* les plus citées par les professionnels de santé sont la *démence* et les *troubles anxieux* (« environnement »). Les patients évoquent la *démence*, plus comme une *Crainte* (« émotions ») que cela leur arrive, sans établir de lien avec leurs benzodiazépines ou hypno-sédatifs. Cela indique un *manque de connaissance* (« connaissance ») *des risques* chez ce groupe qui peut aussi être assimilée à une perception altérée de la réalité (« croyances conséquence »). En effet, 12.7% des patients analysés dans la partie QUANT sont atteints de démence.

Les patients citent plutôt leurs *douleurs* (« environnement »), comme barrière à la déprescription.

Celle-ci était présente chez 31.6% des patients inclus dans l'analyse QUANT, ce qui est similaire aux taux retrouvés dans la littérature, à l'instar de l'étude de Schumacher et al, qui retrouvait 35.2% de patients atteints de douleurs et rhumatisme chez les consommateurs de benzodiazépines et hypno-sédatifs (104).

L'analyse QUAL interrogeant essentiellement des patients en soin non aigu, dont une proportion non négligeable est admise post-chute ou post-opératoire, seules les douleurs chroniques y ont été pris en compte. Deux des quatre patients inclus dans l'analyse QUAL souffraient de douleur chroniques.

Lors d'une étude de cohorte dans un centre de soin non aigus, l'équipe de J. Cunningham avait retrouvé que 29% des patients souffrant de douleur chronique consommaient des benzodiazépines (109). Si l'on reprend l'étude de Neville et al, qui avait retrouvé que 8.7% de la population générale était consommatrice de benzodiazépines, cela correspondrait (en extrapolant) à une augmentation 20% du risque de consommer des benzodiazépines chez les patients douloureux chroniques(120). Paradoxalement, la douleur n'est pas fréquemment évoquée comme barrière dans la littérature. Elle n'est d'ailleurs pas évoquée dans la revue systématique de la littérature de P. Evrard (82). En revanche, plusieurs études citent les comorbidités comme des barrières à la déprescription (72, 135). Une autre source cite la démence et la maladie de parkinson comme facilitateurs à la déprescription (138).

iv. La polymédication

Le dernier paramètre des caractéristiques du patient à prendre en compte est la polymédication.

La polymédication, toutes classes confondues, a été observée tant dans la population QUANT (17.1 ± 5,6 prescriptions par patient) que QUAL (19.7 ± 4.62 par patient). Plus de 50% de patients ont un seul

BHS prescrit dans les deux analyses (QUAL et QUANT). Cependant, dans l'analyse QUANT, près de la moitié (47.64%) des patients ont plus d'un hypno-sédatif prescrit au temps T.

L'analyse QUAL positionne la polypharmacie comme grand *incitateur à la déprescription* (« processus décisionnel ») pour toutes les parties prenantes. En effet, les professionnels de santé y voient un motif de plus pour déprescrire. En outre, un des quatre patients a évoqué cette polymédication comme une corvée, craignant les interactions potentielles entre ses différents traitements (*impact positif à la déprescription*, « croyance conséquence »).

Ainsi, une revue de la polymédication globale devrait être envisagée en parallèle à une réévaluation des traitements benzodiazépines et hypno-sédatifs.

Après la prise en charge globale du patient à son admission, 5 décisions principales peuvent être effectuées sur les prescriptions des benzodiazépines et hypno-sédatifs :

1. **Indication transitoire :**

Ce terme est repris tant dans l'analyse QUANT (17% des prescriptions sont transitoires, c'est-à-dire prescrites durant l'hospitalisation et retirées à la sortie), que dans le QUAL. Il s'agit d'une *solution de facilité* (« processus décisionnel ») sollicitée principalement par les infirmiers auprès des médecins internes (« influence sociales »), étant donné la charge de travail et l'environnement hospitalier (« environnement »), que certains d'entre eux décrivent comme incompatibles avec une déprescription. Les médecins cadres interrogés admettent cette *indication transitoire* (« processus décisionnel ») comme une « canne pour passer un cap ». Celle-ci peut être donc perçue comme une barrière à la déprescription. Cependant, les médecins et les pharmaciens le perçoivent aussi comme un facilitateur à une déprescription au long cours, puisqu'ils insistent sur leur *intention* de ne pas prescrire ce traitement, surtout les benzodiazépines, à la sortie (« intention », « processus décisionnels »), conscients des impacts positifs d'une déprescription (« croyance conséquences »). De plus, les données QUANT confirment cette crainte de laisser partir les patients avec une prescription de benzodiazépine puisque ces médicaments représentent la classe de médicaments encourageant le plus d'indications transitoires, après les antipsychotiques (quétiapine). Ce terme n'a pas été retrouvé tel quel dans la littérature. Néanmoins, il pourrait se rapporter à d'autres éléments fréquemment retrouvés dans la littérature : le *manque de temps* (« environnement ») et la solution de facilité (« processus décisionnels ») comme barrières et l'objectif prioritaire (« objectifs ») ou les intentions (« intention »), comme facilitateurs(72, 82). Dans cette analyse, cette notion d'*indication transitoire* étant fréquemment reprise par les professionnels de santé, il a été choisi de la distinguer des autres paramètres et de créer un thème spécifique dans le domaine « processus décisionnel ».

Cependant, les données QUAL contrastent légèrement avec les données QUANT qui avaient retrouvé que le pic de prescription de benzodiazépines était dû tant à des associations de nouvelles

prescriptions maintenues à la sortie et de déprescriptions de benzodiazépines instaurées à domicile qu'à des indications transitoires.

2. Nouvelle prescription :

Les proportions de patients gériatriques ressortant avec au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines (8.7%) ou de benzodiazépines et hypno-sédatifs (42.9%), permettant de répondre à la SSMIG ont déjà été discutées dans la partie QUANT.

Tant le QUAL que le QUANT témoignent d'une volonté (« intention ») de ne pas prescrire de benzodiazépines en première intention et de répondre à la demande formulée dans le TOP 5 de la Société professionnelle suisse de gériatrie SPSG : « *ne pas faire usage de benzodiazépines ou d'autres hypnotiques sédatifs chez les personnes âgées en première intention pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire* » (13).

En effet, dans l'analyse QUANT, les benzodiazépines se classent seulement à la 3^{ème} position des nouvelles molécules prescrites. L'analyse QUAL rapporte aussi cette prise de conscience des effets indésirables des benzodiazépines (« croyances conséquences ») par tous les professionnels de santé et la recherche d'alternatives associée. Néanmoins, le choix des molécules prescrites pour traiter des troubles du sommeil pose questions : la quétiapine (32.54%) et le clométhiazole (21.05%) concernent plus de nouvelles prescriptions et sont donc privilégiés par rapport aux antidépresseurs et aux benzodiazépines.

Le *niveau variable de connaissances d'alternatives* (« connaissances ») des médecins, le faible *niveau de connaissances des protocoles* (« connaissances ») des médecins et infirmiers et *l'absence de consensus institutionnel* (« environnement ») décrits dans le QUAL apportent autant d'éléments qui peuvent servir de levier pour optimiser les pratiques par la construction d'un consensus institutionnel précis et l'implantation de ces recommandations auprès des différentes parties prenantes.

La quétiapine, que certains médecins évoquent comme alternative aux autres benzodiazépines et hypno-sédatifs en cas d'agitation, fait également l'objet d'une attention particulière par la SPSG. En effet, la deuxième directive du top 5 des de la SPSG est : « Ne pas utiliser d'antipsychotiques en première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence »(13). Cela resouligne l'importance de caractériser la pathologie initiale et de former les prescripteurs aux différentes alternatives (5).

3. Prescriptions inchangées :

Au total 14% des prescriptions analysées étaient inchangées à la sortie du patient. La répartition de molécules inchangées semble correspondre à la prise de conscience des risques des benzodiazépines (« connaissance », « croyance conséquence ») évoquée précédemment dans l'analyse QUAL. En effet,

les benzodiazépines occupent seulement la 4^{ème} place des prescriptions inchangées alors qu'il s'agissait de la classe la plus prescrite à domicile (12% du nombre total de prescriptions).

4. Déprescription d'un traitement existant à domicile ou au temps T :

Dans le cadre de cette étude, la déprescription se caractérise soit par une réduction (4%), soit par un arrêt de la prescription (13%). Dans les deux cas, les benzodiazépines étaient la classe de traitement la plus déprescrite : 40% des retraits et 33% des réductions de doses. Le lorazépam compte pour 14% des molécules retirées et le zolpidem pour 8%. Les données QUAL permettent d'apporter des éléments expliquant ces données. En effet, les connaissances des médecins cadres et pharmaciens sur les risques de benzodiazépines (« connaissances »), ainsi que les croyances de toutes les parties prenantes (y inclus les patients) sur l'impact positif de la déprescription (« croyance conséquences ») encouragent la réévaluation du traitement (« processus décisionnel ») des médicaments du groupe benzodiazépine. Le niveau des compétences communicationnelles (« compétences ») sont soulevées par tous les groupes de professionnels de santé comme facilitateurs à l'initiation d'une discussion sur la déprescription. Tous les professionnels de santé soulignent l'importance d'inclure le patient dans sa prise en charge (« processus décisionnel »). La conjoncture du service de soin non aigu (« environnement »), incluant des patients plus stables et restant plus longtemps dans le service qu'en soins aigus, a par ailleurs été abordée par les différentes parties prenantes comme facilitateur à la déprescription. L'éducation thérapeutique (« régulation du comportement ») et d'autres *incitateurs à la déprescription* (« processus décisionnel »), tel que la polymédication et les craintes d'interactions associées ou de démence évoquées par les patients ont déjà été discuté.

La famille « influence sociale » est parfois citée par les pharmaciens et les médecins internes comme frein ou comme facilitateur à cette démarche de déprescription. Selon les professionnels de santé, certains proches s'inquiètent des effets indésirables observés sur les patients et d'autres *proches-aidants* (« influences sociales ») s'inquiètent davantage d'une prise en charge plus compliquée lors du retour à domicile. Dans ce cas, il convient de trouver un juste équilibre entre une déprescription et un maintien à domicile. En effet, le projet BE-SAFE rappelle que la déprescription doit s'inscrire dans une prise en charge globale et dans un processus de décision partagé, tenant compte des caractéristiques personnelles du patient (BE-SAFE : 2.3).

5. Changement de traitement (switch) :

Le changement de traitement concerne uniquement 4% des prescriptions analysées et est en faveur des quatre molécules issues de classes différentes. Cela illustre encore les données QUAL discutées plutôt : le *manque de connaissance des alternatives* (« connaissances ») par les médecins internes et les patients, ainsi que le *manque de connaissances de protocoles* (« connaissances ») par les médecins

internes et cadres et le *manque d'alternatives* (« *environnement* ») disponibles aux HUG, malgré une mise à disposition de phytothérapie avant le début de l'étude.

Enfin, la traçabilité en décours d'hospitalisation a été évaluée au moyen du taux de données manquantes. Pour rappel, ce terme était attribué en cas d'absence d'une ordonnance de sortie et soit d'absence d'une lettre de sortie, soit d'une lettre de sortie sans paragraphe « traitement ». Le suivi de la thérapeutique via les onglets « modifications thérapeutiques, mais surtout le recours aux lettres de sorties (« régulation du comportement ») évoquées par les médecins et les pharmaciens, sont les principaux facilitateurs à cette démarche. La charge de travail et le manque de temps (« environnement ») pourraient être à l'origine des 1.1% d'informations manquantes en décours d'hospitalisation. Ces deux barrières semblent difficilement réductibles dans l'environnement hospitalier actuel, constamment en quête de ressources humaines supplémentaires.

Une dernière ligne aurait pu être ajoutée à la matrice de triangulation : le taux de modifications entre la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile. Il aurait permis d'évaluer l'impact de la collaboration ville-hôpital actuelle sur les prescriptions post-hospitalisations. Les ressources disponibles actuellement ne permettent pas encore d'obtenir de façon systématique ce paramètre.

4.3 Des barrières et facilitateurs à de potentielles techniques de changements de comportement

La triangulation de Farmer a mis en lumière, à travers onze étapes clés, les principaux barrières et facilitateurs influençant les différentes parties prenantes dans leur processus décisionnel de déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs. Les théories comportementales, sur lesquelles est fondé le TDF, permettent ensuite de détacher des éléments clés susceptibles de modifier les comportements des différentes parties prenantes. En effet, lors de la collecte des données QUAL, de nombreux intervenants proposaient eux-mêmes des solutions relatives aux barrières rencontrées ou mettaient en évidence des facilitateurs particulièrement propices à cette démarche qui seraient à cultiver davantage, à l'instar de la *sensibilisation par les cadres* (« connaissances ») pour les médecins internes.

Ainsi, l'analyse QUAL apporte des propositions de techniques de changements de comportement (*behavioural change techniques*, BCT), organisables en 4 axes :

Le premier axe est la nécessité d'une formation :

Le *niveau variable de connaissances d'alternatives* (« connaissances ») et le faible *niveau de connaissances des protocoles* (« connaissances ») des médecins se répercute sur leur *perception d'efficacité personnelle* (« croyance capacité ») qui les encourage à une *represcription automatique* (« processus décisionnel »). Ce manque de formation des médecins a également été soulevé par le panel d'expert de BE-SAFE, qui vise à réduire surutilisation des benzodiazépines et

hypno-sédatifs. Le panel d'expert informe que, si le format optimal de formation n'a pas encore pu être identifié, il convient d'axer la formation des médecins sur la manière de mener une déprescription plutôt que sur les risques associés, généralement connus de ceux-ci (56). Cette démarche permettrait d'augmenter de 60% la proportion de patients qui arrêtent une benzodiazépine ou un hypno-sédatif. Toutefois, ces données sont de faible évidence et les impacts réels sur les patients de cette formation des médecins n'ont pas été évalués.

En outre, le *manque de sensibilisation* (« connaissances ») des infirmiers, par ailleurs inquiets d'une *augmentation de la charge de travail* (« croyances conséquences ») conditionnent leurs *réticences à une déprescription* (« influences sociales », « intentions »).

C'est pourquoi, la sensibilisation et la formation continue des autres professionnels de santé, en particulier des infirmiers devrait également être envisagée. Le pharmacien, perçue par les autres professionnels de santé, comme *spécialiste de la déprescription* (« environnement ») pourrait contribuer à ces formations continues.

Le deuxième axe est l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique :

Le *manque de connaissances et le niveau de sensibilisation variable* (« connaissances ») des patients aux risques des benzodiazépines explique leur *perception altérée* des conséquences (« croyances conséquences ») et conditionne leurs *réticences à une déprescription* (« influences sociales », « intentions »). Leurs croyances sont appuyées par leur proches (« influences sociales »), mais également par leur propre mécanisme d'*auto-validation* (« processus décisionnels »). Les médecins cadres et les pharmaciens sont convaincus qu'instaurer un programme d'*éducation thérapeutique* (« régulation du comportement ») contribuerait au succès de cette démarche de déprescription.

Le programme BE-SAFE, présenté dans l'introduction, rappelle que l'*éducation thérapeutique* (« régulation du comportement »), évoquée par les médecins cadres et les pharmaciens comme facilitateur à la déprescription, permettrait d'augmenter de maximum 17% le taux de patients arrêtant leur benzodiazépine ou hypno-sédatif (faible évidence) (56). Par ailleurs, tenant compte du *manque de temps* et de la *charge de travail* (« environnement ») évoqués par les professionnels de santé dans cette étude et appuyés par la littérature, les experts de BE-SAFE ont effectué une estimation grossière du temps nécessaire au médecin pour réaliser cette prise en charge (Be-SAFE). Estimant à 10% le nombre de patients sous benzodiazépines par médecin (N=1500), et entre 5 à 15 minutes le temps nécessaire pour faire de l'éducation thérapeutique, selon le format choisi (lettre sensibilisante ou sensibilisation individuelle), cette démarche prendrait donc 20 à 45 heures par an à chaque médecin, soit entre 2 et 4% de son temps de travail. Toutefois, les impacts réels de l'éducation thérapeutique sur la gestion les troubles du sommeil des patients n'ont pas été évalués (56).

Par contre, selon l'OMS, l'*éducation thérapeutique* (« régulation du comportement »), étendue à toutes les prescriptions, permettrait de réduire de 15 % la charge des préjudices liés au médicaments (8).

Le troisième axe est la nécessité de promouvoir la collaboration ville-hôpital :

En effet, toutes les parties prenantes évoquent le *sentiment de dépendre de la décision d'un tiers* (« rôle »), essentiellement du médecin traitant, comme barrière. Cette perception de leur rôle rend les pharmaciens et médecins pessimistes quant à la facilité d'initier une déprescription. Ils sont en outre découragés par le *manque de disponibilité des médecins traitants* (« environnement »), qui rend caduque la *collaboration ville-hôpital* (« environnement »).

Cette problématique du « rôle » soulevée par les parties prenantes, ainsi que la *collaboration ville-hôpital* (« environnement ») marquent encore l'importance de développer une politique institutionnelle qui encouragerait les professionnels de santé dans cette démarche de déprescription en collaboration avec les médecins traitant en ville. Ces deux barrières semblent spécifiques au milieu hospitalier et n'ont par ailleurs, pas été retrouvées dans la littérature, qui ne contient que quelques études en milieu hospitalier (82, 97). Si cet acte de déprescription était plus orienté comme un continuum dans la vie du patient, avec des rechutes possibles, des dénis, des motivations, des petites avancées, cela permettrait de renforcer la communication entre professionnels de santé et autour du patient, tout en prenant conscience que chaque opportunité est à saisir pour le sensibiliser voire initier la déprescription de ces médicaments particuliers. Cela contribuerait probablement à renforcer la collaboration ville-hôpital et à rétablir les rôles des professionnels hospitaliers et de ville dans cette démarche de déprescription au moyen de ce dialogue continu, centré sur le patient. Cela éviterait aussi de se poser la question de savoir si c'est à l'hôpital ou bien l'ambulatoire que revient le rôle d'initier une déprescription.

Le quatrième axe est la nécessité de recommandations institutionnelles :

L'*absence de consensus institutionnel* (« environnement ») dans le choix des alternatives évoquée par les médecins cadres et les médecins internes semble freiner ces derniers dans la réévaluation d'un traitement déjà instauré. Selon les médecins internes, l'implication des spécialistes en psychiatrie n'est pas suffisante pour les orienter dans leur choix d'alternatives. L'étude de Arn et al. au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) recense également ce manque flagrant de directives claires quant à la bonne utilisation pratique de ces molécules dans le cadre des troubles du sommeil tant au CHUV qu'au HUG (134).

En 2015, le Dr S. Perivier, médecin gériatre aux HUG, avait proposé dans la Revue Médicale Suisse une « Approche pratique de l'insomnie en gériatrie » (5). Ces recommandations pourraient être remise à

jour en tenant compte de nouvelles molécules et intégrant les recommandations européennes. Elles pourraient être ainsi implémentées auprès des professionnels de santé afin de réinstaurer un consensus institutionnel.

De plus, l'*absence d'alternative* (« environnement ») et notamment de la phytothérapie a été soulevée par les pharmaciens et les médecins. Pourtant, certaines phytothérapies ont été rendues disponibles juste avant le début de l'étude. Une promotion institutionnelle de ces nouvelles alternatives ainsi que des alternatives non pharmacologiques existantes aux HUG, ont été évoquées par les pharmaciens et les médecins cadres. Une telle promotion aiderait sans doute les prescripteurs dans cette démarche de déprescription. Enfin, la restauration d'un *consensus institutionnel* (« environnement ») permettrait certainement de mettre en place des mesures de réduction de nuisances, tant sonores que visuelles et d'optimisation de lieu de sommeil afin de rendre le milieu hospitalier (« environnement ») plus propice à cette déprescription. Pour autant, la littérature ne permet pas encore d'établir d'évidence claire entre la réduction de ces nuisances et l'impact sur le succès de la déprescription (72).

4.4 Comparaison des résultats avec les autres méthodes mixtes de la littérature

Deux autres méthodes mixtes évaluant les barrières et facilitateurs à la déprescription existent dans la littérature. Ces deux publications s'intéressaient exclusivement à la déprescription des benzodiazépines.

La première, réalisée en EMS et publiée en 2003 par MA Lambson, était constituée d'entretiens semi-structurés (QUAL) auprès des patients (N=44) et de questionnaires auprès de médecins traitants et d'infirmiers (N=16)(84). La barrière la plus évoquée était le *manque de sensibilisation* (« connaissance ») de toutes les parties prenantes. En effet, 66% des médecins et 75% de infirmiers jugeaient acceptable de laisser un patient âgé poursuivre sa benzodiazépine sans date de fin. Cette conclusion corrèle avec le domaine « connaissances » cité dans le Top 3 de l'analyse QUAL de cette présente méthode mixte et au premier axe de techniques de changement de comportement suggéré en amont. Toujours selon MA Lambson, étonnamment, 25% des patients ont rapporté leur volonté d'interrompre leur benzodiazépine, ce qui nuance un peu les *réticences patients* (« influences sociales ») évoquées dans l'analyse QUAL de la présente méthode mixte.

La seconde méthode mixte, conduite en milieu ambulatoire en 2017 par P. Martin était interventionnelle. Elle avait ainsi pour but d'évaluer les barrières et les facilitateurs à la déprescription de benzodiazépines après lecture d'une brochure explicative et auto-éducative, nommée EMPOWER (81). Le principal facilitateur évoqué par les participants étant leur *niveau augmenté de connaissance des risques* (« connaissance »), augmentant leurs croyances sur leurs capacités. Ce mécanisme (« connaissance » -> « croyances capacités ») fait écho à celui discuté chez les médecins dans la

présente étude mixte et soutient la première technique de changement suggérée en amont : l'éducation thérapeutique (« régulation du comportement »). Les principales barrières étaient le *manque de support de leur médecin traitant* (« environnement » « influences sociales ») et les comorbidités, soulignant l'importance de l'« environnement », notamment du travail pluridisciplinaire (« environnement ») et de l'implication du médecin traitant (« environnement ») ou autres *personne ressource* (« environnement ») dans cette démarche de déprescription. Ce domaine fait également partie du top 3 des domaines évoqués dans ce manuscrit.

4.5 Evaluation de la méthode mixte

La mise en œuvre d'une méthode mixte est un exercice complexe, qui implique de répondre à des exigences particulières. Il convient donc d'évaluer la qualité de cette méthode mixte en comparaison à la littérature et d'évaluer si elle a permis de répondre à l'objectif primaire : était de dresser un état des lieux des prescriptions de benzodiazépines et d'hypno-sédatifs chez les personnes âgées hospitalisées aux HUG, tout en explorant, auprès des différentes parties prenantes, les facteurs influençant la réévaluation de ces traitements entre l'admission et la sortie.

L'équipe de P. Pluye a développé en 2006 un outil d'évaluation de méthode mixte ou *mixed method appraisal tool (MMAT)* afin de guider l'investigateur dans la réalisation d'une méthode mixte et évaluer la qualité de celle-ci. La version la plus récente de cet outil, révisé à plusieurs reprises, date de 2018. Lors de leur revue de littérature en 2018, P. Evrard et al avaient utilisé cet outil pour évaluer les différentes études incluses dans la revue, et notamment les deux seules études mixtes évaluant les barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines. L'évaluation de ces deux méthodes mixtes a été reprise pour évaluer notre étude et est présentée en annexe 6.

Cette méthode mixte de type convergent parallèle a été construite en respectant les étapes imposées par la littérature et reprise dans la Masterclass de l'ESCP (77). Les premières étapes de la méthode, c'est-à-dire la collecte et l'analyse des données et la présentation successive des résultats QUANT et QUANT suit les étapes proposées par d'autres publications décrivant également une conception parallèle mixte convergente (139, 140) Ensuite, ces publications proposent généralement une comparaison QUAL + QUANT sous forme de narration (79). Dans la présente méthode mixte, l'utilisation de la triangulation de Farmer, intégrant une matrice de codage pour évaluer la convergence des données a permis d'illustrer de façon plus visuelle cette narration comparative QUAL + QUANT, à l'image de ce qui est proposé par A. O'Cathain (141). Les éléments clés de cette évaluation sont en outre détaillés dans les points forts et dans les limitations ci-après.

Ainsi, l'analyse quantitative offre un état des lieux riche de pratiques actuelles de gestion des troubles du sommeil chez les personnes âgées hospitalisées aux HUG, et en particulier de réévaluation des traitements associés. En outre, malgré une systématique d'analyse qualitative moins robuste que lors

d'une utilisation d'un logiciel d'analyse validé, la diversité des groupes de parties prenantes et la mise en place d'entretiens individuels dans l'analyse qualitative a permis d'obtenir un tableau clair des barrières et facilitateurs à la déprescription rencontrés par chacun. Ces deux éléments, comparés entre eux dans la matrice ont ainsi permis d'enrichir la discussion QUAL + QUANT et de remplir l'objectif de recherche formulé en amont.

4.6 Points forts de cette étude

Peu d'études mixtes sur la déprescription des médicaments chez la population gériatrique existent dans la littérature. Par ailleurs, seules deux études mixtes évaluant spécifiquement la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs ont été retrouvées dans la littérature. Ces deux études mixtes étaient constituées dans la partie QUANT d'un questionnaire, destiné soit aux médecins et infirmiers soit aux patients, qui répondait directement à la partie QUAL (81, 84). Cette étude est donc la première étude mixte dont la partie QUANT est constituée directement de données du terrain caractérisant l'évolution des prescriptions en cours d'hospitalisation et la mettant en perspective à l'aide des données QUAL. De plus, les deux études de la littérature précitées s'intéressent exclusivement à la déprescription des benzodiazépines, et non d'autres hypno-sédatifs. Cette présente méthode mixte, par les intégrations des différentes alternatives pharmacologiques dans l'analyse, met en perspective l'utilisation des benzodiazépines avec les autres hypno-sédatifs et offre davantage de profondeur et de nuances dans les éléments régissant la prise de décision.

La partie QUANT de cette étude a permis de répondre à la demande de la SSMIG d'obtenir, selon les informations disponibles dans notre institution, le taux de patients âgés de plus de 65 ans chez qui un nouveau traitement de benzodiazépine (ou autres sédatifs-hypnotiques) est introduit durant le séjour. En effet, cette information n'est pas extractible par le logiciel d'analyse statistiques TBO de l'institution puisque la seule rubrique extractible par ces logiciels, l'onglet « prescription à domicile » est rarement rempli, créant un artefact d'un très faible nombre de prescriptions à domicile et donc d'un nombre élevé de nouvelles prescriptions.

Un deuxième avantage de l'analyse QUANT et du logiciel d'extraction de données MAGELLAN est qu'elle permet une consultation instantanée du nombre de prescriptions à un instant précis, ce qui n'est pas le cas avec les logiciels de suivi utilisés actuellement aux HUG.

La partie QUAL de cette étude a permis d'étayer des données relativement faibles sur les barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines en milieu hospitalier. Seuls trois autres analyses qualitatives des barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs en milieu hospitalier ont été retrouvées dans la littérature. De plus, cette analyse QUAL incluait cinq groupes différents de parties prenantes. Par exemple, l'étude qualitative menée par Keller et al, réalisée

en milieu hospitalier incluait des médecins, des infirmiers, des pharmaciens et des assistants en pharmacie mais aucun patient (97).

Enfin, bien que très chronophage, le format d'entretiens individuels semi-structurés a contribué à la richesse des données QUAL collectées. Cette plus-value des entretiens individuels dans l'obtention de données qualitatives est soutenue par de nombreuses sources (64).

Le recours à un format individuel permet en effet de s'affranchir d'éventuels biais de désirabilité ou de censure induits soit par les relations hiérarchiques entre les parties prenantes (p.ex. médecin-infirmiers), soit par l'aisance à prendre la parole au sein d'un groupe, pour les intervenants issus du même groupe.

4.7 Limitations

Néanmoins, de nombreuses limitations ont été rencontrées dans le cadre de cette étude.

Tout d'abord, la partie QUANT a inclus uniquement les patients qui avaient au moins une benzodiazépine ou un hypno-sédatif prescrit au temps T. Ce biais d'inclusion explique pourquoi tous les patients avaient au moins une benzodiazépine ou un hypno-sédatifs prescrit au temps T et explique le nombre élevé de prescriptions actives au temps T. En effet, les prescriptions inactives au temps T concernaient des prescriptions instaurées au domicile ou à la sortie (et retirés au temps T) chez des patients déjà inclus dans l'étude parce qu'ils avaient d'autres molécules prescrites au temps T. Le nombre de patients recevant des nouvelles prescriptions de benzodiazépines ou hypno-sédatifs à l'hôpital est donc également mesuré uniquement sur les patients qui avaient déjà au moins un traitement au temps T. Ce nombre peut donc différer par rapport à la population gériatrique générale. Ce processus d'inclusion ne permet donc pas non plus de visualiser les patients ayant déjà bénéficié d'une déprescription.

Lors du processus d'inclusion de l'analyse quantitative, le délai minimum de vingt-quatre heures post-admission a été décidé pour inclure des patients dans l'étude. Cela signifie que certains des patients inclus dans cette analyse n'avaient peut-être pas encore bénéficié de la visite de médecin cadres lors de l'extraction des prescriptions au temps T. Or, l'analyse QUAL révèle que leur comportement vis-à-vis des prescriptions de benzodiazépines et hypno-sédatifs est différentes des médecins internes. Il est donc envisageable que certaines prescriptions observées au temps T aient été modifiées par la suite lors de la visite des médecins cadres.

Une exclusion des patients admis moins d'une semaine avant l'extraction aurait permis de s'affranchir de ce biais et d'assurer que chacun d'eux avait bénéficié d'une visite de médecins cadres. Cependant, cela aurait occasionné une perte considérable de données. Par ailleurs, le suivi des modifications des prescriptions entre le domicile, le temps T et la sortie permet également de s'affranchir de ce biais,

tout en conservant la taille de l'échantillon analysé. Et offre donc un bel aperçu des décisions prises en cours d'hospitalisation.

Outre les onglets « problèmes aigus », « problèmes chroniques », et « antécédents » de DPI, ainsi que les ordres de prescription des traitements en réserve, une cinquième source n'a pas été consultée pour rechercher les indications potentielles des benzodiazépines et hypno-sédatifs. Il s'agit de l'onglet « transmissions ciblées », rubrique spécifiquement dédiée à la communication infirmière.

Le postulat de départ était en effet que les troubles du sommeil étaient documentés comme un problème, étant donné la présence de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits. Cependant, l'étude quantitative a révélé que ce n'était pas toujours le cas. Ainsi, certaines molécules en réserve disposaient d'une indication directement dans l'ordre de prescription alors qu'aucune indication n'était identifiée directement dans les onglets « problèmes » et « antécédents » du DPI. Dès lors, une consultation de la rubrique « transmissions ciblées » auraient peut-être permis de compléter ces données, partiellement documentées dans les problèmes. Cependant, les données reprises dans cette rubrique sont parfois des données subjectives relevées par les infirmiers et ne constituent pas toujours un réel diagnostic posé par le médecin. Ces informations n'étant pas toujours extrapolables comme données ciblées, leur intégration pour définir l'existence d'une indication aurait donc introduit un biais. Cela souligne par ailleurs l'importance, lors de la sensibilisation des prescripteurs, de les encourager à identifier les troubles du sommeil dans l'onglet « problèmes » de DPI et de s'approprier cette problématique, afin d'en assurer un suivi au même titre que les autres pathologies somatiques et psychiatriques.

Enfin, une dernière limitation relevée dans l'analyse QUANT est qu'il n'a pas été possible de mesurer le taux de modifications entre la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile. Ajouté à la matrice de triangulation, cet indicateur aurait permis d'évaluer l'impact de la collaboration ville-hôpital actuelle sur les prescriptions post-hospitalisations. La démocratisation du dossier patient partagé, telle que proposée par CARA, un logiciel qui rend disponible les données médicales du patient à toutes les personnes à qui il en donne l'accès (médecin, pharmacien, hôpitaux) et la systématisation des données collectées permettrait de suivre ce genre d'indicateur.

Pour l'analyse QUAL, une première limitation a été rencontrée dès l'élaboration des guides d'entretien. Il aurait probablement été moins chronophage de prendre le questionnaire validé par des experts pour la déprescription des benzodiazépines destinées aux patients qui venaient d'être publié dans la littérature au moment de l'initiation des entretiens (73). Toutefois, il a été décidé de garder le même format que pour les parties prenantes afin de pouvoir comparer les données patientes avec les données des professionnels de santé et d'offrir un format d'analyse plus objectif, plus ouvert et donc plus nuancé que le questionnaire rPATD, *revised Patient attitude toward deprescribing* présenté en introduction de ce manuscrit. Par ailleurs, concernant les guides d'entretiens créés, afin de les rendre

les plus robustes possibles dans le temps imparti, deux séries de relecture indépendantes par les deux superviseurs ont été conduites, les délais de l'étude ne permettant pas de les valider par une méthode DELPHI.

Lors de l'inclusion de participants, six groupes de parties prenantes étaient initialement prévus. Le sixième groupe, constitué de patients sans benzodiazépine à domicile n'a finalement pas pu être maintenu, compte tenu du temps imparti. Pourtant, les données QUANT confirment l'existence de patients n'ayant pas de benzodiazépines au départ à domicile. Trois difficultés ont été rencontrées pour l'inclusion de patients dans ce groupe.

La première est la difficulté de différencier les patients qui avaient une benzodiazépine à domicile de ceux qui n'en avaient pas. En effet, les onglets « traitements à domicile » étant inégalement remplis dans DPI, une recherche systématisée ne permet pas d'obtenir des informations exhaustives. En outre, cela rend cette information opaque pour les professionnels de santé susceptibles de proposer des patients à inclure. En effet, un patient, initialement perçu comme n'ayant pas de benzodiazépines à domicile, a confirmé au moment de l'entretien qu'il prenait son traitement depuis longtemps et a finalement été inclus dans le groupe de patients avec benzodiazépines à domicile. Cela met en évidence l'importance de documenter les données recueillies et d'œuvrer à une transition des soins optimale. La seconde difficulté est que plusieurs patients sans benzodiazépines à domicile ne pouvaient pas être inclus en raison de troubles cognitifs. Cette difficulté interroge davantage sur une potentielle corrélation entre les troubles cognitifs naissants et le recours à une nouvelle prescription de benzodiazépines. La troisième difficulté rencontrée dans l'inclusion des patients dans ce groupe est que l'extraction systématique, via Magellan, des patients sans benzodiazépines à domicile n'a pas été possible car les prescriptions à domicile ne sont pas constamment systématisées dans le DPI. En effet, les analyses des prescriptions à domicile via le logiciel TBO (tableau de bord opérationnel), effectuées périodiquement, ressortent un nombre de traitement à domicile significativement inférieur à ce qui est annoncé dans la population générale. Ce très probable artefact suppose que cette catégorie « prescription à domicile » soit sous-rempli dans DPI. Cette donnée de remplissage des prescriptions à domicile n'a cependant pas été quantifiée lors de cette étude.

Une autre limitation rencontrée dans l'inclusion des participants est spécifique du milieu hospitalier. En effet, l'inclusion des participants dépendait de leur charge de travail, pour certains professionnels de santé et de la programmation d'examens ou transfert inopiné pour certains patients.

Les deux précédentes limitations, ainsi que le format de la méthode assez ambitieux à réaliser dans les temps impartis n'ont pas permis d'obtenir une saturation complètes des données qualitatives. En effet, les auteurs Guest, Bunce et Johnson ont établis en 2006 que dès le 18^{ème} entretien, les nouveaux codes deviennent plus rares, jusqu'à quasiment disparaître au 36^{ème} entretien (142). JM Morse suggère, par ailleurs, que le nombre de participant est inversement proportionnel à la quantité des données

récoltées par participants (143). La chercheuse ajoute en outre que la saturation des données est généralement obtenue dès le 30^{ème} entretien. Lors de cette étude, 25 entretiens ont été menés. Ainsi, afin d'optimiser le rapport temps -saturation de données, il a été choisi d'analyser et de retranscrire les entretiens les plus riches et le plus nuancés. En outre, il convient de mesurer le temps qu'impose une collecte de données qualitatives. Par exemple, en 2021, l'équipe de Keller et al. a inclus 14 cliniciens en 5 mois de collecte de données (97). Plus récemment, l'étude de la Revue Médicale Suisse menée entre les HUG et le CHUV a inclus 8 participants en 1.5 mois (134). Ces chiffres démontrent le caractère chronophage de la collecte de données qualitative. On pourrait penser que la réalisation de focus groupes aurait permis une saturation plus rapide de celles-ci. Néanmoins, l'étude qualitative de P. Evrard, construite essentiellement de focus groupes, a inclus 75 participants en 16 mois de collecte de données (72). Si l'on rapporte cela à notre durée de collecte de données (2mois), cela ramènerait le nombre de participants entendus dans le cadre de l'analyse qualitative à 9 participants. Enfin, l'analyse des données au moyen d'un cadre défini tel que le TDF associé à une analyse inductive de thèmes, en plus d'apporter plus de profondeur et de nuance qu'une analyse inductive classique, a permis de comparer avec plus de justesse les données récoltées avec la littérature. Et les thèmes et domaines le plus pertinents rencontrés dans la présente étude semblent correspondre avec ceux retrouvés dans la littérature. Ainsi, il est fort probable que, bien qu'elle aurait offert davantage de profondeur et de poids, l'obtention de la saturation des données n'influe pas sur la conclusion globale de cette étude, et notamment sur le top 3 des domaines le plus pertinents et les domaines les plus pertinents pour les patients, malgré leur faible nombre.

Enfin, le budget alloué à cette étude a également conditionné le choix de ne pas recourir à un logiciel spécifiquement dédié à l'analyse qualitative, tel que Nvivo.14.2023 ou Atlas.ti.2023. Maxqda.2022 et JMP.Pro.17. La complexité et le temps de l'analyse manuelle n'ont pas permis une réanalyse des verbatims par une seconde personne. L'utilisation d'un de ces logiciels permettrait de consolider les données qualitatives présentées dans le cadre de cette méthode mixte.

5. Conclusion

« Mon apprentissage n'a de fruit que de me faire sentir combien il me reste à apprendre »

Michel de Montaigne

« Comment les barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs, dans le cadre de troubles du sommeil, influencent les différentes parties prenantes, y inclus le patient, dans la réévaluation de ces traitements entre l'admission et la sortie des patients gériatriques hospitalisés aux HUG ? »

Cette étude prospective mixte parallèle convergente a été réalisée afin de tenter de répondre à cette question de recherche. L'objectif était de dresser un état des lieux des prescriptions de benzodiazépines et d'hypno-sédatifs chez les personnes âgées hospitalisées aux HUG, tout en explorant, auprès des différentes parties prenantes, les facteurs influençant la réévaluation de ces traitements entre l'admission et la sortie. Les résultats quantitatifs ont montré que parmi les 499 patients hospitalisés au DRG, plus de la moitié avaient une prescription de benzodiazépines et d'hypno-sédatifs. Les 37% de patients sans indications documentées pour leur benzodiazépine ou hypno-sédatif ainsi que le taux relativement élevé de prescription inactives à domicile (« reprises sous le terme « AUCUN » dans les graphiques) interrogent sur la difficulté à récolter les données des patients à l'admission. De plus, 8,7% des patients avaient au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines à la sortie. Pour autant, l'évolution très faible (+1%) du nombre de prescriptions totales de benzodiazépines entre l'admission et la sortie soulignent une volonté d'en réduire la consommation. Cependant, cette démarche se fait en faveur d'autres hypno-sédatifs, puisque 42,9% des patients sortent d'hospitalisation avec au moins une nouvelle prescription de benzodiazépines et d'hypno-sédatifs. Bien que la mélatonine (+165% entre l'admission et la sortie) soit largement privilégiée, le clométhiazole (+161%), la quétiapine (+91%) et les antidépresseurs (+76%) sont également souvent prescrits. Les résultats qualitatifs ont identifié des barrières et des facilitateurs communs, notamment liés à la mémoire, à l'attention, aux processus décisionnels, au contexte environnemental et aux connaissances, tout en mettant en évidence des spécificités pour chaque partie prenante. En effet, la triangulation des données a révélé que le manque de connaissance des alternatives et des protocoles des médecins et des infirmiers, le sentiment de dépendre de la décision du médecin traitant et des difficultés dans la collaboration ville-hôpital pouvaient avoir influé négativement sur les résultats quantitatifs. Par ailleurs, des facteurs tels que l'âge, les comorbidités, la polymédication et la perception altérée des risques contribuent à maintenir les patients dans leurs habitudes ancrées et intensifient leur résistance à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs. Ainsi, cette étude témoigne d'une réelle prise de conscience de la part des professionnels de santé des risques des benzodiazépines et d'une volonté de réduire leur utilisation, l'hôpital demeure un important initiateur de nouvelles prescriptions d'autres hypno-sédatifs. Pour tendre vers une gestion optimale de la prise

en charge des troubles du sommeil, les éléments encourageants tels que l'inclusion du patient, une prise en charge globale, un travail interdisciplinaire, une conscience institutionnelle accrue, une collaboration ville-hôpital renforcée, ainsi que la sensibilisation et la formation des professionnels de santé sont autant de leviers à encourager. En conclusion, cette recherche souligne la nécessité de développer des outils concrets de déprescription pour les professionnels de santé et les patients, tout en préconisant une intervention multimodale soutenue par l'institution, impliquant une collaboration avec les structures communautaires et le patient pour renforcer la démarche de déprescription et ainsi limiter l'instauration de nouvelles prescriptions d'hypno-sédatifs.

6. Perspectives

6.1 A court terme

A court terme, une perspective simple serait, tel que le suggère la triangulation de Farmer, d'effectuer un feedback auprès des différentes parties prenantes ayant contribué à la collecte des données qualitatives. Ceci permettrait non seulement d'alimenter le débat et d'enrichir les données récoltées grâce au retour des participants, mais également de leur offrir une cartographie plus réaliste des statistiques descriptives de terrains qu'impliquent leur prise de décision quant à la gestion des benzodiazépines et hypno-sédatifs.

6.2 A moyen et long terme

A moyen et long terme, les recommandations issues de cette étude mettent en évidence plusieurs perspectives pour améliorer la prise en charge des patients gériatriques hospitalisés concernant la déprescription des benzodiazépines et des hypno-sédatifs. Tout d'abord, il est essentiel de développer une politique institutionnelle connue des collaborateurs. La création, par un panel d'experts, d'une feuille de route orientant l'institution dans une mise en application concrète des recommandations européennes et des mesures institutionnelles décidées au préalable, fédérerait les différents professionnels de santé dans la gestion des alternatives et dans cette démarche de déprescription et de non-prescription. Par ailleurs, une prise de conscience institutionnelle quant à la nécessité de renforcer le lien ville-hôpital est indispensable pour assurer une continuité des soins tant à l'admission qu'à la sortie. L'émergence de nouveaux projets tel MEDREC, visant à encourager la réconciliation médicamenteuse en incluant le patient, ou la plateforme numérique sécurisé CARA, facilitant les interfaces entre les différents professionnels de santé pour que tous aient accès aux informations du patient, témoignent déjà de la mise en marche de projets concrets pour combler cette barrière. D'autres solutions peuvent cependant encore être envisagées. Si l'on suit le parcours du patient, dès l'admission, une communication efficace des informations avec le médecin traitant est cruciale pour assurer une coordination des soins optimale. Ceci peut être accompli en facilitant la transmission des données médicales et des recommandations de traitement entre l'équipe hospitalière et le médecin traitant du patient. Compte tenu des ressources limitées dans notre institution, et dans l'attente de la mise en place d'un dossier patient partagé, l'instauration d'un appel téléphonique systématique à l'officine ou au cabinet médical des patients polymédiqués et polymorbides serait un premier pas pour réduire le taux d'informations manquantes à l'admission et le risque d'erreurs de conciliation médicamenteuse d'entrée associée. Ensuite, une action coordonnée de sensibilisation des médecins

et infirmiers quant aux risques avec les autres hypno-sédatifs, ainsi qu'une formation approfondie des médecins internes aux protocoles de déprescription, à l'aide par exemple de micro-learning ou d'ateliers avec des patients partenaires permettraient de renforcer leurs connaissances. Cela contribuerait à améliorer leur perception d'efficacité personnelle catalysant la réévaluation du traitement et l'initiation d'une déprescription.

Les professionnels de santé mieux armés pourront ensuite contribuer ensemble à une prise en charge pluridisciplinaire des patients investis dans cette démarche. Ce qui nous amène à la dernière, et non des moindres, des perspectives à envisager pour encourager la déprescription des benzodiazépines : l'implantation de mesures visant à informer les patients sur leurs traitements, les risques associés et les alternatives disponibles. Il pourrait s'agir de brochures explicatives proposant un planning de déprescription modulable pas à pas, ou, si les moyens le permettent, d'entretiens d'éducation thérapeutique, réalisés par une équipe interprofessionnelle auprès des patients. Comme proposé pour les médecins, des ateliers construits avec des patients partenaires pourraient davantage contribuer à une prise de conscience des risques des benzodiazépines et hypno-sédatifs et à un apprentissage de l'auto-gestion de ses troubles du sommeil : hygiène du sommeil, journal de bords du sommeil, alternative phytothérapeutiques, recours à une thérapie cognitivo-comportementale, etc. En outre, la connaissance des évolutions physiologiques des troubles du sommeil chez le sujet âgé devrait également être abordée afin de rassurer les patients dans leur vécu de leur trouble du sommeil. Enfin, la mise en place d'un coach de transition dédié, qui serait disponible aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, permettrait d'accompagner le patient lors de sa sortie et d'établir, conjointement avec le médecin traitant du patient, un plan de traitement personnalisé reprenant, par exemple les réductions progressives de dose de benzodiazépines.

En résumé, ces perspectives suggèrent une approche multimodale encourageant la mise en place de protocoles de déprescription, l'autonomisation des patients dans leur propre prise en soin, l'amélioration des liaisons entre les services de soins hospitaliers et ambulatoires, le renforcement du soutien post-hospitalisation, ainsi que la formation continue pour les professionnels de santé. Ces mesures combinées pourraient contribuer à une gestion plus sûre et plus efficiente de la consommation des benzodiazépines et hypno-sédatifs chez les patients gériatriques hospitalisés aux HUG.

7. Références

1. Troubles du sommeil 2024 [2 janvier 2023]. Observatoire suisse de la santé.
2. Le rythme du sommeil. Journée suisse du sommeil. 2022.
3. Les cycles du sommeil. In: sommeil Ad, editor. 2023.
4. Catani D. Les secrets du sommeil: Mieux le comprendre pour mieux le vivre. 2018.
5. S. Perivier AM, B. Heyrani Nobari, H. Ammane, K. cervena, S. Perrig, D. Zekry. Approche pratique de l'insomnie en gériatrie : de la plainte au traitement. Revue Médicale Suisse. 2015;2098-103.
6. Benzodiazépines 2023 [2 janvier 2023]. Observatoire suisse de la santé:[Available from: https://www.versorgungsatlas.ch/fr/indikator/_021].
7. Les rythmes biologiques et le sommeil.
8. Sécurité des patients 2023 [updated 11 Septembre 2023]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS):[Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>].
9. N. SLK. The economics of patient safety: from analysis to action. 2020 [Paris : Organisation de coopération et de développement économiques:[Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>].
10. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2019;366:l4185.
11. Hodkinson A, Tyler N, Ashcroft DM, Keers RN, Khan K, Phipps D, et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine. 2020;18(1):313.
12. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2013;61(4):622-31.
13. Comment SMARTER MEDICINE peut s'appliquer en Gériatrie ? [press release]. SMARTER MEDICINE2017.
14. Générale SSdmi. Indicateurs de qualité dans le domaine stationnaire 2023 [12 décembre 2023]. Available from: <https://www.sgaim.ch/fr/themen/qualite/indicateurs-de-qualite/stationnaire>.
15. Genève Hud. Management par la qualité dans un hôpital universitaire suisse
Projet DynamO – Dynamique Opérationnelle : concept global
et retour d'expérience d'une unité de soins pilote [26 décembre 2023]. Available from: <https://www.fmh.ch/files/pdf24/projekt-dynamo---innovation-qualite-2020.pdf>.
16. Buchinger SM. [Transfer of the Maslow needs pyramid to inpatient geriatric nursing: promoting motivation]. Pflege Z. 2010;63(11):664-7.
17. Hayre-Kwan S, Quinn B, Chu T, Orr P, Snoke J. Nursing and Maslow's Hierarchy: A Health Care Pyramid Approach to Safety and Security During a Global Pandemic. Nurse Lead. 2021;19(6):590-5.
18. Borbély AA. A two process model of sleep regulation. Hum Neurobiol. 1982;1(3):195-204.
19. Borbély A. The two-process model of sleep regulation: Beginnings and outlook. J Sleep Res. 2022;31(4):e13598.
20. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 2004;27(7):1255-73.
21. Haimov I, Lavie P. Circadian characteristics of sleep propensity function in healthy elderly: a comparison with young adults. Sleep. 1997;20(4):294-300.
22. Fry A RA. Insomnia and older adults 2023 [Sleep Foundation:[Available from: <https://www.sleepfoundation.org/insomnia/older-adults>].
23. Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright KP, Jr., Vitiello MV, Zhdanova IV. Circadian rhythm sleep disorders: part II, advanced sleep phase disorder, delayed sleep phase

- disorder, free-running disorder, and irregular sleep-wake rhythm. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 2007;30(11):1484-501.
24. Canevelli M, Valletta M, Trebbastoni A, Sarli G, D'Antonio F, Tariciotti L, et al. Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Front Med (Lausanne)*. 2016;3:73.
 25. Eshmawey M. *Revue Médicale Suisse : Syndrome vespéral chez la personne âgée. Revue Médicale Suisse*. 2023;19(842):1693-7.
 26. Khachiyants N, Trinkle D, Son SJ, Kim KY. Sundown syndrome in persons with dementia: an update. *Psychiatry Investig*. 2011;8(4):275-87.
 27. McLay L, Jamieson HA, France KG, Schluter PJ. Loneliness and social isolation is associated with sleep problems among older community dwelling women and men with complex needs. *Sci Rep*. 2021;11(1):4877.
 28. Chen JH. Experience of Poverty and Problem Sleep in Later Life. *Res Aging*. 2019;41(7):697-722.
 29. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *J Psychosom Res*. 2004;56(5):497-502.
 30. Burman D. Sleep Disorders: Sleep-Related Breathing Disorders. *FP Essent*. 2017;460:11-21.
 31. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med*. 2015;3(4):310-8.
 32. Acquavella J, Mehra R, Bron M, Suomi JM, Hess GP. Prevalence of narcolepsy and other sleep disorders and frequency of diagnostic tests from 2013-2016 in insured patients actively seeking care. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(8):1255-63.
 33. Frey J-G. *Revue Médicale Suisse : Narcolepsie : le point actuel. Revue Médicale Suisse*. 2007;3(99):448-55.
 34. Lesage M, Fagnère C, Buxeraud J. Prise en charge de la narcolepsie et de l'hypersomnie idiopathique. *Actualités Pharmaceutiques*. 2016;55(561):47-51.
 35. Eap C-B. *Revue Médicale Suisse : Traitement de l'insomnie, par quoi commencer ? Revue Médicale Suisse*. 2021;17(737):890-7.
 36. Rundo JV, Downey R, 3rd. Polysomnography. *Handb Clin Neurol*. 2019;160:381-92.
 37. Geoffroy PA MJ. La prise en charge de l'insomnie et ses comorbidités 2023 [25 décembre 2023]. Available from: <https://www.encephale.com/Actualites/2023/Dossier-special-Insomnie-chronique-vue-par-psychiatre/Prise-en-charge-insomnie-et-ses-comorbidites>.
 38. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.
 39. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.
 40. Coronado L. *Revue Médicale Suisse : Troubles du sommeil liés aux nuisances nocturnes chez les patients âgés hospitalisés. Revue Médicale Suisse*. 2021;17(754):1745-8.
 41. Büla C. *Revue Médicale Suisse : Insomnies chez les personnes âgées : quelle approche ? Revue Médicale Suisse*. 2007;3(132):2537-41.
 42. Mathias JL, Cant ML, Burke ALJ. Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. *Sleep Med*. 2018;52:198-210.
 43. Andersson E, Kander T, Werner MU, Cho JH, Kosek E, Bjurström MF. Analgesic efficacy of sleep-promoting pharmacotherapy in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Rep*. 2023;8(1):e1061.
 44. Reddy MS, Chakrabarty A. "Comorbid" insomnia. *Indian J Psychol Med*. 2011;33(1):1-4.
 45. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press ed2004* 2004.

46. MEDSCAPE. Common comorbidities of insomnia 2009 [16 decembre 2023]. Available from: <https://www.medscape.org/viewarticle/585753>.
47. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(2):307-49.
48. Kuntz J, Kouch L, Christian D, Peterson PL, Gruss I. Barriers and Facilitators to the Deprescribing of Nonbenzodiazepine Sedative Medications Among Older Adults. *Perm J*. 2018;22:17-157.
49. Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2006;119(12):1005-12.
50. Shinjyo N, Waddell G, Green J. Valerian Root in Treating Sleep Problems and Associated Disorders-A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Evid Based Integr Med*. 2020;25:2515690x20967323.
51. Kunz D, Dauvilliers Y, Benes H, García-Borreguero D, Plazzi G, Seboek Kinter D, et al. Long-Term Safety and Tolerability of Daridorexant in Patients with Insomnia Disorder. *CNS Drugs*. 2023;37(1):93-106.
52. Jaffer KY, Chang T, Vanle B, Dang J, Steiner AJ, Loera N, et al. Trazodone for Insomnia: A Systematic Review. *Innov Clin Neurosci*. 2017;14(7-8):24-34.
53. SM S. Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques. 4ème édition ed2015.
54. Vinkers CH, Olivier B. Mechanisms Underlying Tolerance after Long-Term Benzodiazepine Use: A Future for Subtype-Selective GABA(A) Receptor Modulators? *Adv Pharmacol Sci*. 2012;2012:416864.
55. Reeve E, Low LF, Shakib S, Hilmer SN. Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. *Drugs Aging*. 33. New Zealand2016. p. 913-28.
56. Agoristas T. 2023. Available from: https://besafe-horizon.eu/files/besafe/content/en/Documents/BE-SAFE-%20Deprescription%20of%20benzodiazepine%20and%20sedative%20hypnotics%20%28BSHs%29_corrected.pdf.
57. Eap C-B. Revue Médicale Suisse : Recommandations de prise en charge des mésusages et addictions aux benzodiazépines. *Revue Médicale Suisse*. 2021;17(754):1754-9.
58. Busetto L, Wick W, Gumbinger C. How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*. 2020;2(1):14.
59. Bhat A. Qualitative Research Methods: Types & Examples [Available from: <https://www.questionpro.com/blog/qualitative-research-methods>].
60. Bergen N, Ruckert A, Abebe L, Asfaw S, Kiros G, Mamo A, et al. Characterizing 'health equity' as a national health sector priority for maternal, newborn, and child health in Ethiopia. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1853386.
61. Thomas D. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*. 2006;27:237-46.
62. Walker D, Myrick F. Grounded theory: an exploration of process and procedure. *Qual Health Res*. 2006;16(4):547-59.
63. de la Espriella R, Gómez Restrepo C. Grounded theory. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2020;49(2):127-33.
64. Tenny S BJ, Brannan GD. Statpearls [Internet]: Statpearls. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>.
65. Burney V, Arnold-Saritepe A, McCann CM. Rethinking the Place of Qualitative Methods in Behavior Analysis. *Perspect Behav Sci*. 2023;46(1):185-200.
66. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6:42.

67. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017;12(1):77.
68. Richardson M, Khouja CL, Sutcliffe K, Thomas J. Using the theoretical domains framework and the behavioural change wheel in an overarching synthesis of systematic reviews. *BMJ Open.* 2019;9(6):e024950.
69. Geelen SJG, van Dijk-Huisman HC, de Bie RA, Veenhof C, Engelbert R, van der Schaaf M, Lensen AF. Barriers and enablers to physical activity in patients during hospital stay: a scoping review. *Syst Rev.* 2021;10(1):293.
70. Jabbour M, Newton AS, Johnson D, Curran JA. Defining barriers and enablers for clinical pathway implementation in complex clinical settings. *Implement Sci.* 2018;13(1):139.
71. Greer DB, Abel WM. Exploring Feasibility of mHealth to Manage Hypertension in Rural Black Older Adults: A Convergent Parallel Mixed Method Study. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:2135-48.
72. Evrard P, Damiaens A, Patey AM, Grimshaw JM, Spinewine A. Barriers and enablers towards benzodiazepine-receptor agonists deprescribing in nursing homes: A qualitative study of stakeholder groups. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2023;9:100258.
73. Péteïn C, Spinewine A, Laroche ML, Niquille A, Henrard S. Adaptation and validation of the revised Patients' Attitudes towards Deprescribing (rPATD) questionnaire for benzodiazepine receptor agonists. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(9):1278-85.
74. Ecoff L, Stichler JF. Development and Psychometric Testing of a Leadership Competency Assessment. *J Nurs Adm.* 2022;52(12):666-71.
75. Johnson R, Onwuegbuzie A, Turner L. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133. *Journal of Mixed Methods Research.* 2007;1:112-33.
76. Schoonenboom J, Johnson RB. How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Kolner Z Soz Sozpsychol.* 2017;69(Suppl 2):107-31.
77. Cadogan C. OCJ. Applications of mixed methods research in deprescribing. 2021.
78. D'Eer L, Chambaere K, Van den Block L, Dury S, Deliëns L, Cohen J, Smets T. Civic Engagement in Neighbourhoods regarding serious illness, death and loss (CEIN): a study protocol for a convergent-parallel mixed-methods process and outcome evaluation that balances control and flexibility. *Palliat Care Soc Pract.* 2023;17:26323524231168417.
79. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AaB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health.* 2021;21(1):811.
80. Bujold M. NHQ, Ridde V., Bourque CJ., Dogba, MJ., Vedel I. et Pluye P. Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et science de la santé. ACFAS. 2016.
81. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. *BMJ Open.* 2017;7(4):e015959.
82. Evrard P, Peteïn C, Beuscart JB, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implement Sci.* 2022;17(1):41.
83. Yokoi Y, Misal M, Oh E, Bellantoni M, Rosenberg PB. Benzodiazepine discontinuation and patient outcome in a chronic geriatric medical/psychiatric unit: a retrospective chart review. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(2):388-94.
84. MA L. Benzodiazepine use in elderly residents of a retirement village in Sandton: knowledge, attitudes and perceptions of the patients. University of the Witwatersrand. 2003.
85. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *Eur J Clin Pharmacol.* 2012;68(5):833-44.
86. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses. *European Geriatric Medicine.* 2014;5(3):181-7.

87. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(10):1251-60.
88. Allary A, Proulx-Tremblay V, Bélanger C, Hudon C, Marchand A, O'Connor K, et al. Psychological predictors of benzodiazepine discontinuation among older adults: Results from the PASSE 60. *Addict Behav.* 2020;102:106195.
89. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Cestac P, Vellas B, Rolland Y. Effects of a geriatric intervention aiming to improve quality care in nursing homes on benzodiazepine use and discontinuation. *Br J Clin Pharmacol.* 2016;81(4):759-67.
90. Maclagan LC, Maxwell CJ, Harris DA, Campitelli MA, Diong C, Lapane KL, et al. Sex Differences in Antipsychotic and Benzodiazepine Prescribing Patterns: A Cohort Study of Newly Admitted Nursing Home Residents with Dementia in Ontario, Canada. *Drugs Aging.* 2020;37(11):817-27.
91. Leblanc-Constant M, and Bard, C.,. Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation. Secrétariat du Conseil du trésor, Gouvernement du Québec. ed2013.
92. D'Auteuil C. Guide sur les indicateurs2013.
93. SFPC. Les entretiens Pharmaceutiques: les postures en entretien. Fiche mémo Société Française de Pharmacie clinique (SFPC). Février 2022.
94. Silverman J KS, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Hygiène EMe, editor2010.
95. HAS. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins: Conduite de l'entretien avec le patient et/ou ses proches. Haute Autorité de Santé (HAS). Janvier 2016.
96. Ailabouni NJ, Rebecca Weir K, Reeve E, Turner JT, Wilson Norton J, Gray SL. Barriers and enablers of older adults initiating a deprescribing conversation. *Patient Educ Couns.* 2022;105(3):615-24.
97. Keller MS, Carrascoza-Bolanos J, Breda K, Kim LY, Kennelty KA, Leang DW, et al. Identifying barriers and facilitators to deprescribing benzodiazepines and sedative hypnotics in the hospital setting using the Theoretical Domains Framework and the Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour (COM-B) Model: a qualitative study. *BMJ Open.* 2023;13(2):e066234.
98. de Juan-Roldán JI, Castillo-Jimena M, González-Hevilla A, Sánchez-Sánchez C, García-Ruiz AJ, Gavilán-Moral E. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire. *BMJ Open.* 2022;12(4):e050678.
99. Andrade C. The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(1):86-8.
100. Suen LJ, Huang HM, Lee HH. [A comparison of convenience sampling and purposive sampling]. *Hu Li Za Zhi.* 2014;61(3):105-11.
101. Edgar T, Manz D. Exploratory Study. 2017. p. 95-130.
102. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101.
103. Farmer T, Robinson K, Elliott SJ, Eyles J. Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qual Health Res.* 2006;16(3):377-94.
104. Schumacher L, Dobrinas M, Tagan D, Sautebin A, Blanc AL, Widmer N. Prescription of Sedative Drugs During Hospital Stay: A Swiss Prospective Study. *Drugs Real World Outcomes.* 2017;4(4):225-34.
105. Møller FT, Andersen SE. [Benzodiazepines and cyclopyrrolones prior to, during and after hospital admission]. *Ugeskr Laeger.* 2010;172(21):1602-6.
106. Frighetto L, Marra C, Bandali S, Wilbur K, Naumann T, Jewesson P. An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:17.
107. Landolt S, Rosemann T, Blozik E, Brüngger B, Huber CA. Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland: Prevalence, Prescription Patterns and Association with Adverse Healthcare Outcomes. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2021;17:1021-34.

108. Pottegård A, Lundby C, Jarbøl DE, Larsen SP, Hoppe BC, Hoffmann H, Thompson W. Use of sedating medications around nursing home admission in Denmark. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2021;30(11):1560-5.
109. Cunningham JL, Craner JR, Evans MM, Hooten WM. Benzodiazepine use in patients with chronic pain in an interdisciplinary pain rehabilitation program. *Journal of Pain Research.* 2017;10(null):311-7.
110. Airagnes G, Lemogne C, Renuy A, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, et al. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health.* 2019;19(1):566.
111. Nicolas M. Thèse: Réadaptation ortho-gériatrique : quel impact ? Archive ouverte ed2022. 36 p.
112. (OFSP) Ofdlsp. La démence en Suisse: Synthèse de résultats de la stratégie nationale en matière de démence 2014-2019. 2019:3.
113. He Q, Chen X, Wu T, Li L, Fei X. Risk of Dementia in Long-Term Benzodiazepine Users: Evidence from a Meta-Analysis of Observational Studies. *J Clin Neurol.* 2019;15(1):9-19.
114. Hou JH, Sun SL, Tan CC, Huang YM, Tan L, Xu W, Alzheimer's Disease Neuroimaging I. Relationships of Hypnotics with Incident Dementia and Alzheimer's Disease: A Longitudinal Study and Meta-Analysis. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease.* 2023.
115. Zaninotto P, Huang YT, Di Gessa G, Abell J, Lassale C, Steptoe A. Polypharmacy is a risk factor for hospital admission due to a fall: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1804.
116. Ming Y, Zecevic A. Medications & Polypharmacy Influence on Recurrent Fallers in Community: a Systematic Review. *Can Geriatr J.* 2018;21(1):14-25.
117. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;63(2):187-95.
118. Doan J, Zakrzewski-Jakubiak H, Roy J, Turgeon J, Tannenbaum C. Prevalence and risk of potential cytochrome P450-mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy. *Ann Pharmacother.* 2013;47(3):324-32.
119. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *Jama.* 2003;289(13):1652-8.
120. Neville HL, Losier M, Pitman J, Gehrig M, Isenor JE, Minard LV, et al. Point Prevalence Survey of Benzodiazepine and Sedative-Hypnotic Drug Use in Hospitalized Adult Patients. *Can J Hosp Pharm.* 2020;73(3):193-201.
121. Chellappa SL, Aeschbach D. Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Med Rev.* 2022;61:101583.
122. Modesto-Lowe V, Harabasz AK, Walker SA. Quetiapine for primary insomnia: Consider the risks. *Cleve Clin J Med.* 2021;88(5):286-94.
123. Lin CY, Chiang CH, Tseng MM, Tam KW, Loh EW. Effects of quetiapine on sleep: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2023;67:22-36.
124. Coteur K, Mamouris P, Vaes B, Van Nuland M, Matheï C, Schoenmakers B. Evolution of benzodiazepine receptor agonist prescriptions in general practice: A registry-based study. *Front Public Health.* 2022;10:1014734.
125. Gleason PP, Schulz R, Smith NL, Newsom JT, Kroboth PD, Kroboth FJ, Psaty BM. Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. *J Gen Intern Med.* 1998;13(4):243-50.
126. Rojas-Fernandez CH, Carver D, Tonks R. Population trends in the prevalence of benzodiazepine use in the older population of Nova Scotia: A cause for concern? *Can J Clin Pharmacol.* 1999;6(3):149-56.
127. Edinoff AN, Wu N, Ghaffar YT, Prejean R, Gremillion R, Cogburn M, et al. Zolpidem: Efficacy and Side Effects for Insomnia. *Health Psychol Res.* 2021;9(1):24927.

128. Pomara N, Lee SH, Bruno D, Silber T, Greenblatt DJ, Petkova E, Sidtis JJ. Adverse performance effects of acute lorazepam administration in elderly long-term users: pharmacokinetic and clinical predictors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2015;56:129-35.
129. Ye L, Richards KC. Sleep and Long-Term Care. *Sleep Med Clin*. 2018;13(1):117-25.
130. Ghadimi S, Grinberg A, Mitchell MN, Alessi C, Moore AA, Martin JL, et al. Sleep characteristics and use of multiple benzodiazepine receptor agonists in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(12):3924-7.
131. Haw C, Wolstencroft L. A study of the prescription and administration of sedative PRN medication to older adults at a secure hospital. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(6):943-51.
132. Gillis CM, Poyant JO, Degrado JR, Ye L, Anger KE, Owens RL. Inpatient pharmacological sleep aid utilization is common at a tertiary medical center. *J Hosp Med*. 2014;9(10):652-7.
133. Iaboni A, Bronskill SE, Reynolds KB, Wang X, Rochon PA, Herrmann N, A JF. Changing Pattern of Sedative Use in Older Adults: A Population-Based Cohort Study. *Drugs Aging*. 2016;33(7):523-33.
134. Simon O. Revue Médicale Suisse : Benzodiazépines et âge avancé : défis de la prescription et de la déprescription. *Revue Médicale Suisse*. 2023;19(830):1136-40.
135. Chen YC, Kreling DH. The effect of the Medicare Part D benzodiazepine exclusion on the utilization patterns of benzodiazepines and substitute medications. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(2):438-47.
136. Mestres Gonzalvo C, Milosevic V, van Oijen BPC, de Wit H, Hurkens K, Mulder WJ, et al. The use of an electronic clinical rule to discontinue chronically used benzodiazepines and related Z drugs. *Eur J Clin Pharmacol*. 2018;74(2):227-31.
137. Jiménez A, Molina M, García-Palma M. Gender Bias in Addictions and their Treatment. An Overview from the Social Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;132.
138. Evrard P, Henrard S, Foulon V, Spinewine A. Benzodiazepine Use and Deprescribing in Belgian Nursing Homes: Results from the COME-ON Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(12):2768-77.
139. Rajiah K, Maharajan MK, Chong D, Chiao Chien S, Li EOX. Determination of pharmacy students' patient safety approach using the theory of planned behaviour: a mixed-method study. *BMJ Open*. 2021;11(12):e050512.
140. Hewage S, Audimulam J, Sullivan E, Chi C, Yew TW, Yoong J. Barriers to Gestational Diabetes Management and Preferred Interventions for Women With Gestational Diabetes in Singapore: Mixed Methods Study. *JMIR Form Res*. 2020;4(6):e14486.
141. O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *Bmj*. 2010;341:c4587.
142. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59-82.
143. Morse J. Determining Sample Size. *Qualitative Health Research*. 2000;10:3-5.

8. Table des illustrations

Figure 1 : Pyramide des besoins fondamentaux selon Abraham Maslow (1970).....	14
Figure 2 : Répartition de troubles du sommeil en Suisse, selon les tranches d'âge (IC :95%).....	14
Figure 3 : Démographie et évolution de la consommation de benzodiazépines entre 2015 et 2022 ..	15
Figure 4 : Système à deux processus, selon Borbely.....	16
Figure 5 : Rythme homéostatique et rythme circadien	16
Figure 6 : Architecture du sommeil.....	17
Figure 7 : Différence d'hypnogramme entre un patient jeune et un patient âgé	18
Figure 8 : Exemple de questionnaire utilisé pour évaluer les troubles du sommeil chez une personne âgée	22
Figure 9 : Recommandation européennes de gestion de l'insomnie.....	23
Figure 10 : Différents types de méthodes de collecte de données qualitatives :	31
Figure 11 : Méthodes d'analyse qualitative	33
Figure 12: Conception de l'étude mixte de type parallèle convergent.....	39
Figure 13 : Construction du guide d'entretien général	51
Figure 14 : Triangulation de Farmer utilisée pour comparer les données QUAL + QUANT	57
Figure 15 : Processus d'inclusion des patients au sein de l'analyse QUANT.....	60
Figure 16 : Indications potentielles répertoriées des benzodiazépines et hypno-sédatifs, exprimées en nombre (n°) et pourcentage (%) de patients	62
Figure 17 : Evolution des prescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs, exprimée en nombre (n°) et pourcentage (%) de patients	68
Figure 18 : Nouvelles prescriptions instaurées durant l'hospitalisation et maintenues à la sortie	69
Figure 19 : Molécules déprescrites durant l'hospitalisation et non reprises à la sortie	70
Figure 20 : Evolution des prescriptions en cours d'hospitalisation (DCI en abscise)	71
Figure 21 : Processus d'inclusion des participants au sein de l'analyse QUAL	75
Figure 22 : Principaux facilitateurs et barrières de l'équipe médicale : médecins cadres & médecin internes	84
Figure 23 : Principaux facilitateurs et barrières de l'équipe paramédicale : infirmiers & pharmaciens	85
Figure 24 : Principaux barrières et facilitateurs des patients.....	86
Figure 25 : MIND-MAP des barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypno-sédatifs en milieu hospitalo-universitaire.....	101

9. Tables des tableaux

Tableau 1 : Exemples de traitements perturbateurs du sommeil adapté (35, 40)	24
Tableau 2 : L'algorithme de prise en charge de l'insomnie chez le sujet âgé, adapté de (39, 40).	27
Tableau 3 : Domaines du cadre conceptuel de domaines théoriques (TDF), adapté de (68, 72)	34
Tableau 4 : Répartition des lits au sein du département de réadaptation et gériatrie	40
Tableau 5 : Stratégie de recherche pour élaboration de guide théoriques et pratique d'entretiens semi-structurés.....	52
Tableau 6 : Inclusion des participants	55
Tableau 7 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée (QUANT).....	61
Tableau 8 : Répartitions des benzodiazépines et hypno-sédatifs au temps T, selon le niveau de soins	63
Tableau 9 : Répartitions des benzodiazépines et hypno-sédatifs selon les tranches d'âge	65
Tableau 10 : Evolution du nombre de benzodiazépines et hypno-sédatifs prescrits par patient	66
Tableau 11 : Evolution du taux de benzodiazépines et hypno-sédatifs au cours du temps	67
Tableau 12 : Guide d'entretien général, basé sur le guide d'entretien de la SFPC.....	73
Tableau 13 : Caractéristiques des participants	76
Tableau 14 : Arborescence de codage des barrières et facilitateurs à la déprescription de benzodiazépines et hypno-sédatifs.....	78
Tableau 15 : Matrice de triangulation QUAL + QUANT au travers du parcours de soin du patient	87

10. Annexes

10.1 Introduction

10.1.1 Annexe 1 : Tableau de barrières et facilitateurs à la déprescription des benzodiazépines et hypnotiques sédatifs, selon

Thèmes de l'analyse qualitative	Études réalisées en EMS					Études réalisées en milieu ambulatoire			Études réalisées en milieu hospitalier			
	Evrard, 2020	Maclagen, 2020	Mestres Gonzalvo, 2018	Lambson, 2003	Maclagen, 2020	Allary, 2020	Kuntz, 2018	Martin, 2017	Yokoi, 2014	Keller, 2023	Arn, 2023	Le Brun, 2023
Type d'étude	Quantitative RCT d'implantation d'intervention	Etude de cohorte quantitative retrospective	Quantitative Faisabilité de déprescription Non contrôlée	Méthode mixte entretiens et questionnaire	Etude de cohorte quantitative retrospective	Quantitative RCT d'arrêt progressif avec ou sans TCC	Qualitative interventionnelle 8éducation thérapeutique)	Méthode mixte entretiens et questionnaire (EMPOWER) Interventionnelle (brochure)	Quantitative rétrospective revue de dossiers	Qualitative, entretien individuels	Qualitative, entretien individuels	Méthode mixte Quantitative : données de terrain Qualitative : entretien barrières facilitateurs
Population	418 Patients dans 54 EMS	35 169 patients d'EMS	MT ont reçu 180 alertes sur 161 patients de 15 EMS	Entretiens : 44 patients dans village-EMS Questionnaire : 10 MT et 4 Inf	35 169 patients d'EMS	60 patients de l'étude-PASSE	10 patients âgés, utilisateurs de Z-drugs		75 patients avec BZRA, admis pour ≥15 jours	14 médecins, pharmaciens, infirmiers dans un hôpital	8 spécialistes, médecins, pharmaciens dans 2 hôpitaux	QUANT : 275 patients QUAL : 16 médecins, infirmiers, patients, pharmaciens
Outcomes	Barrières et facilitateurs à la déprescription à 15 mois	Facteurs liés à l'arrêt des BZRA	Raison de ne pas suivre une alerte de déprescription Différence entre suiveurs et non-suiveurs	Raison de prise et d'arrêt, durée de prise, perception de l'attitude du médecin, volonté d'arrêt Questionnaire : perception des BZRA	Facteurs liés à l'arrêt des BZRA	Prédicteurs de succès de déprescription à 16 semaines	Entretien sur consommation passés et actuelle de z-drugs Besoins d'éducation Réaction au matériel d'intervention	QUANT : 261 patients âgés avec plus de 5 médicaments et utilisation chronique de BZRA QUAL : 21 patients âgés (mêmes critères que QUANT)	Différence à l'admission entre patients qui continuent et patients qui arrêtent Facteurs liés à la déprescription	Barrières et facilitateurs selon TDF techniques de changement de comportement	Barrières et facilitateurs	QUANT : Taux de BHS avant, pendant, après hospitalisation, taux d'évolution de prescription et de nouvelles prescriptions QUAL : Barrières et facilitateurs à la

												déprescription de BHS
Définition de la déprescription	Arrêt ou réduction BZRA	≥30 jours d'arrêts	Initiation de la déprescription	Non connu	≥30 jours d'arrêts	Arrêt des BZRA	Non connu	Arrêt des BZRA ; Si réduction : tentative d'arrêt avortée	Pas de BZRA à la sortie	Arrêt des benzodiazépines	Arrêt des benzodiazépines	Arrêt et réduction de BHS
Croyances concernant les capacités : Capacité perçue des parties prenantes à effectuer le sevrage des BZRA et les problèmes auxquels elles font face												
Auto-efficacité des patients						E		E				B
Le sevrage est un défi							B			B		B
Efficacité perçue ou absence d'efficacité			B	B			B					
Croyances sur les conséquences : Ce que les parties prenantes pensent pouvoir résulter du sevrage des BZRA												
Aucun bénéfice perçu			B	B			B	B				
Retour de la condition initiale				B			B	B				
Symptômes de sevrage				B								B
Augmentation de la charge de soins				B			B					B
Évitement des effets indésirables à long terme des BZRA				E			E	E		E		E
Contexte environnemental et ressources : Influence de l'environnement sur le comportement des parties prenantes												
Implémentation de l'outil	E						B	E			B	B
Moment favorable/défavorable							B;E	B;E			E (surveillance)	B (hospitalier) ;E (non aigu)
Manque de ressources							B			B		
Difficulté des alternatives							B				B	B
Charge de travail importante							B					B
Transmission de la culture de prescription							B				B	B (inf, pat)
Non-priorisation du sevrage des BZRA par le système de santé							B			B (assurances)		B
Exigences spécifiques à la structure de santé (EMS)				B								
Caractéristiques de la structure de santé (EMS)	B;E						B				B ;E surveillance	B (hospitalier) ;E (non aigu)

												mais courte durée	
Coût des BZRA													
Intention : À quel point les parties prenantes sont-elles enclines à effectuer le sevrage des BZRA													
Niveau de volonté			B	B			B					E	
Aucune intention d'utiliser des approches non pharmacologiques													B (Inf, pat)
Objectifs : Quelle importance le sevrage des BZRA revêt-il pour les parties prenantes													
Objectifs concurrents							B	B			B		B
Attachement des patients à ces médicaments							B	B			B	B	B
Besoin perçu de sommeil								E					B
Avoir un sommeil plus naturel													
Influences sociales : Comment les autres influent-ils sur le comportement des parties prenantes													
Résistance attendue des patients			B	B			B				B	B	B
Pression pour une prescription continue				B								B	
Croyance que la prescription du médecin généraliste équivaut à la sécurité et à l'approbation pour une utilisation continue				B				B			B		
Confiance du patient envers le médecin généraliste								B;E					B
Mémoire, attention et processus décisionnel : Facteurs d'habitude et processus décisionnel concernant le sevrage des BZRA													
Les BZRA comme solution facile				B								B	B
Approche routinière				B			B				E (huddles pour réévaluer)	B	B habitudes ancrées
Préférence pour le statu quo											B		B
Connaissances : Ce que les parties prenantes savent sur le sevrage des BZRA													

Niveau de connaissance des infirmières										E		B ; E
Niveau de connaissance des patients							B	B		B	B	B
Compétences : Ce que les parties prenantes savent sur la manière dont elles devraient effectuer le sevrage des BZRA												
Manque de stratégie systématique des médecins généralistes											B (absence de suivi à la sortie)	
Manque de compétences des infirmières en matière d'approches non pharmacologiques												
Rôle social, professionnel et identité : Perception de qui sont les parties prenantes (en tant que professionnels de la santé)												
Rôle idéal perçu des infirmières												E
Travail multidisciplinaire rare et difficile											B sentiment de dépendre du médecin traitant	
Attente perçue de prescription							B					
Renforcement : Influence des expériences passées des parties prenantes avec le sevrage des BZRA												
Tentatives antérieures et échecs			B					B			B	B
Émotion : Comment les parties prenantes ressentent-elles le sevrage des BZRA												
Diverses émotions des patients												
Frustration du médecin généraliste								B			B	B
Caractéristiques des patients												
Âge avancé		E		B		E						B
Femme		B				B						B
Dépression								E				B
Anxiété											B	B
Antécédents psychiatriques												B
Démence	E											B
Comportement agressif		E				E						
Score d'orientation faible										E		

Parkinson ou symptômes extrapyramidaux	E											
Comorbidités		B			B					B		B
Hospitalisation au cours des 3 derniers mois	E											
Nombre élevé de médicaments												E
Utilisation d'antidépresseurs									E			
Cause médicale de l'insomnie												
Qualité de sommeil médiocre						E						
Faible revenu		B			B					B		
Hommes veufs		E			E							
Schémas de prescription des BZRA												
Dose plus faible					Schémas de prescription des BZRA	E						
Fréquence d'administration plus faible												
Durée de traitement plus courte			E									
Indication autre que les problèmes de sommeil												
BZD: benzodiazépines; MG (médecin généraliste) ; EMS: Etablissement médico-social ; TDF theoretical domains framework; B: barrière ; E: facilitateur (Enablers) ; PDS : professionnels de santé												
BZRA : Benzodiazepine receptor agonists ; Inf: infirmier; Pat: Patients												

10.2 Méthode

10.2.1 Annexe 2 : Listes des traitements hypno-sédatifs inclus dans l'étude

DCI	Classe thérapeutique	Spécialité	Spécifique	Mesurable	Utile	Réaliste	Flexible	Simple	Total
lévomépromazine	Antipsychotiques	Nozinan	0.5	0.5	0.5	1	1	1	4.5
halopéridol	Antipsychotiques	Haldol	0	1	0	1	1	1	4
quétiapine	Antipsychotiques	Quetiapin	0.5	1	1	1	1	1	5.5
clozapine	Antipsychotiques	Clozapin	0	1	0	1	1	1	4
rispéridone	Antipsychotiques	Risperdal	0	1	0	1	1	1	4
diazépam	Benzodiazépines	Valium	0	1	0.5	1	1	0.5	5
oxazépam	Benzodiazépines	Seresta Anxiolit	0.5	1	1	1	1	1	5.5
clorazepate dikalium	Benzodiazépines	Tranxilium	0.5	1	1	1	1	1	5.5
lorazépam	Benzodiazépines	Temesta	0	1	0.5	1	1	0.5	5
bromazépam	Benzodiazépines	Lexotanil	0.5	1	0.5	1	1	1	5
clobazam	Benzodiazépines	Urbanyl	0.5	1	0.5	1	1	1	5
kétazolam	Benzodiazépines	Solatran	0.5	1	0.5	1	1	1	5
prazépam	Benzodiazépines	Demetrin	1	1	0.5	1	1	1	5.5
alprazolam	Benzodiazépines	Xanax	1	1	0.5	1	1	1	5.5
lorazépam, diphénhydramine	Benzodiazépines	Lorazepam, diphénhydramine	1	0.5	1	0.5	1	1	4.5
chloral hydrate	Benzodiazépines	Nervifene	0.5	0.5	0.5	0	1	1	3.5
flurazépam	Benzodiazépines	Dalmodorm	1	1	1	1	1	1	6
nitrazépam	Benzodiazépines	Mogadon	1	1	1	1	1	1	6
flunitrazépam	Benzodiazépines	Rohypnol	1	1	1	1	1	1	6
triazolam	Benzodiazépines	Halcion	1	1	1	1	1	1	6
lormétazépam	Benzodiazépines	Loramet	1	0.5	1	0	1	1	4.5
témazépam	Benzodiazépines	Normison	1	0.5	1	0	1	1	4.5
midazolam	Benzodiazépines	Dormicum	0.5	1	0.5	1	1	1	5
clonazépam	Benzodiazépines	Rivotril	0.5	1	0.5	1	1	0.5	4.5
estazolam	Benzodiazépines	Nuctalon (Etranger)	1	0.5	1	0	1	1	4.5
zopiclone	Z-drugs	Imovane Zopiclon	1	1	1	1	1	1	6
zolpidem	Z-drugs	Stilnox	1	1	1	1	1	1	6
diphénhydramine	Antihistaminique	Benocten	1	1	1	1	1	1	6
hydroxyzine	Antihistaminique	Atarax	1	1	1	1	1	1	6
mélatonine	Mélatonine	Circadin	1	1	1	1	1	1	6
clométhiazole	Clométhiazole	Distraneur in	1	1	1	1	1	1	6
valériane	Phytothérapie	Redormin Valverde	1	1	1	0.5	1	1	5.5
passiflore, mélisse, valériane	Phytothérapie	Relaxane	1	0.5	1	0	1	1	4.5
Flours de Bach	Phytothérapie	Rescue	0.5	0.5	1	0	1	0.5	3.5

phénobarbital	Barbituriques	Aphenylbarbit	0.5	1	1	1	1	1	5.5
mirtazapine	Antidépresseur	Remeron	0.5	1	1	1	1	1	5.5
amitriptyline	Antidépresseur	Saroten	0.5	0.5	0.5	1	1	1	4.5
clomipramine	Antidépresseur	Anafranil	0	0.5	0.5	1	1	1	4
miansérine	Antidépresseur	Miansérin	0.5	1	1	1	1	1	5.5
venlafaxine	Antidépresseur	Efexor	0	1	0	0.5	1	1	3.5
escitalopram	Antidépresseur	Escitax	0	1	0	0.5	1	1	3.5
fluoxétine	Antidépresseur	Fluctine	0	1	0	0.5	1	1	3.5
sertraline*	Antidépresseur	Zoloft	0	1	0	0.5	1	1	3.5
doxépin	Antidépresseur		0	1	0	1	1	1	4
paroxétine	Antidépresseur	Deroxat Paronex	0	1	0	1	1	1	4
citalopram	Antidépresseur	Seropam	0	1	0	1	1	1	4
fluvoxamine	Antidépresseur	Floxyfral	0	1	0	1	1	1	4
trimipramine	Antidépresseur		0	1	0	1	1	1	4
réboxétine	Antidépresseur	Edronax	0.5	1	0	0.5	1	1	4
duloxétine	Antidépresseur	Cymbalta	0.5	1	0.5	0.5	1	1	4
trazodone	Antidépresseur	Trittico	0.5	1	1	1	1	1	5.5
millepertuis	Millepertuis	Rebalance	0.5	0.5	1	0.5	1	1	4.5
esketamine	Anti-NMDA	Spravato	0	1	0	1	1	1	4
opipramol	Opipramole	Insidon	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	4
ramelteon	Agoniste mélatonine	Rozerem (Etranger)	1	0	1	0	1	1	3
suvorexant	Anti-orexin	Belsomra (Etranger)	1	0	1	0	1	1	3

Les traitements marqués d'un astérisque (*) ont été ajoutés a posteriori, si l'un des traitements prescrits au temps T avaient subi un switch vers cette molécule entre le domicile et le temps T ou entre le temps T et le domicile. Ils ne sont cependant pas toujours hypno-sédatifs.

10.2.2 Annexes 3 : Echelles cliniques utilisées

10.2.2.1 CIRS



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Identité patient
Prénom **Nom**
Date de naissance

Echelle CIRS

A partir de l'examen du patient et du dossier, évaluez s'il existe une atteinte organique, des troubles fonctionnels et une limitation des activités. Procédez en vous basant sur la description des critères de classement spécifiques au système d'organe dans le manuel CIRS (www.anq.ch).

Description des scores :

0. **Aucun problème:** Aucune pathologie n'affecte ce système ou problèmes médicaux antérieurs sans importance clinique
1. **Problème léger:** Problème actuel léger ou problème antérieur important
2. **Problème modéré:** Atteinte ou morbidité modérée et/ou nécessitant un traitement (de première ligne).
3. **Problème sévère:** Pathologie sévère et/ou atteinte constante et invalidante et/ou maîtrise des problèmes chroniques difficile (schéma thérapeutique complexe).
4. **Problème très grave:** Pathologie extrêmement sévère et/ou traitement immédiat requis et/ou défaillance d'un organe et /ou incapacité fonctionnelle grave.

Système d'organe	Score				
	Aucun problème	Léger problème	Problème modéré	Problème sévère	Problème très grave
1. Cardiaque (cœur uniquement)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité; les lésions organiques sont cotées séparément)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac et duodénum; pancréas ;hors diabète)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Hépatique (foie et voies biliaires)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Rénal (uniquement les reins)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs; hors démence)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde ; seins ; infections systémiques ; intoxications)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Troubles psychiatriques / comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire, psychose)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

10.2.2.2 MIF : Echelle de mesure d'indépendance fonctionnelle



M.I.F - Mesure d'Indépendance Fonctionnelle

Veillez évaluer chacune des activités suivantes.

Veillez cocher une seule réponse par fonction.

	Sans aide		Avec aide				
	Indépendance complète	Indépendance modifiée	Supervision / mise en place	Assistance avec contact physique minimal	Assistance modérée	Assistance maximale	Assistance totale
Activités	(en toute sécurité et en laps de temps normal)	(moyens auxiliaires)	(patient : 100%)	(patient : 75% et plus)	(patient : 50% et plus)	(patient : 25% et plus)	(patient : moins de 20%)
Soins personnels							
1. A. Alimentation	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. B. Soins de présentation et de l'apparence	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. C. Toilette (se laver)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. D. Habillage haut du corps	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5. E. Habillage bas du corps	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6. F. Utilisation des toilettes (humaine)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

	Sans aide		Avec aide				
	Indépendance complète	Indépendance modifiée	Supervision / mise en place	Assistance avec contact physique minimal	Assistance modérée	Assistance maximale	Assistance totale
Activités	(en toute sécurité et en laps de temps normal)	(moyens auxiliaires)	(patient : 100%)	(patient : 75% et plus)	(patient : 50% et plus)	(patient : 25% et plus)	(patient : moins de 20%)
Déambulation							
12.L. Marche, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> M=marche ; F=fauteuil ; D= deux							
13.M. Escaliers	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Communication							
14.N. Compréhension	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> A=auditive ; V=visuelle ; D= deux							
15.O. Expression	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> V=verbale ; N=non-verbale ; D= deux							
Capacités relationnelles et cognitives							
16.P. Interaction sociale	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
17.Q. Résolution des problèmes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
18.R. Mémoire	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

10.2.3 Annexe 4 : Guide entretien SFPC

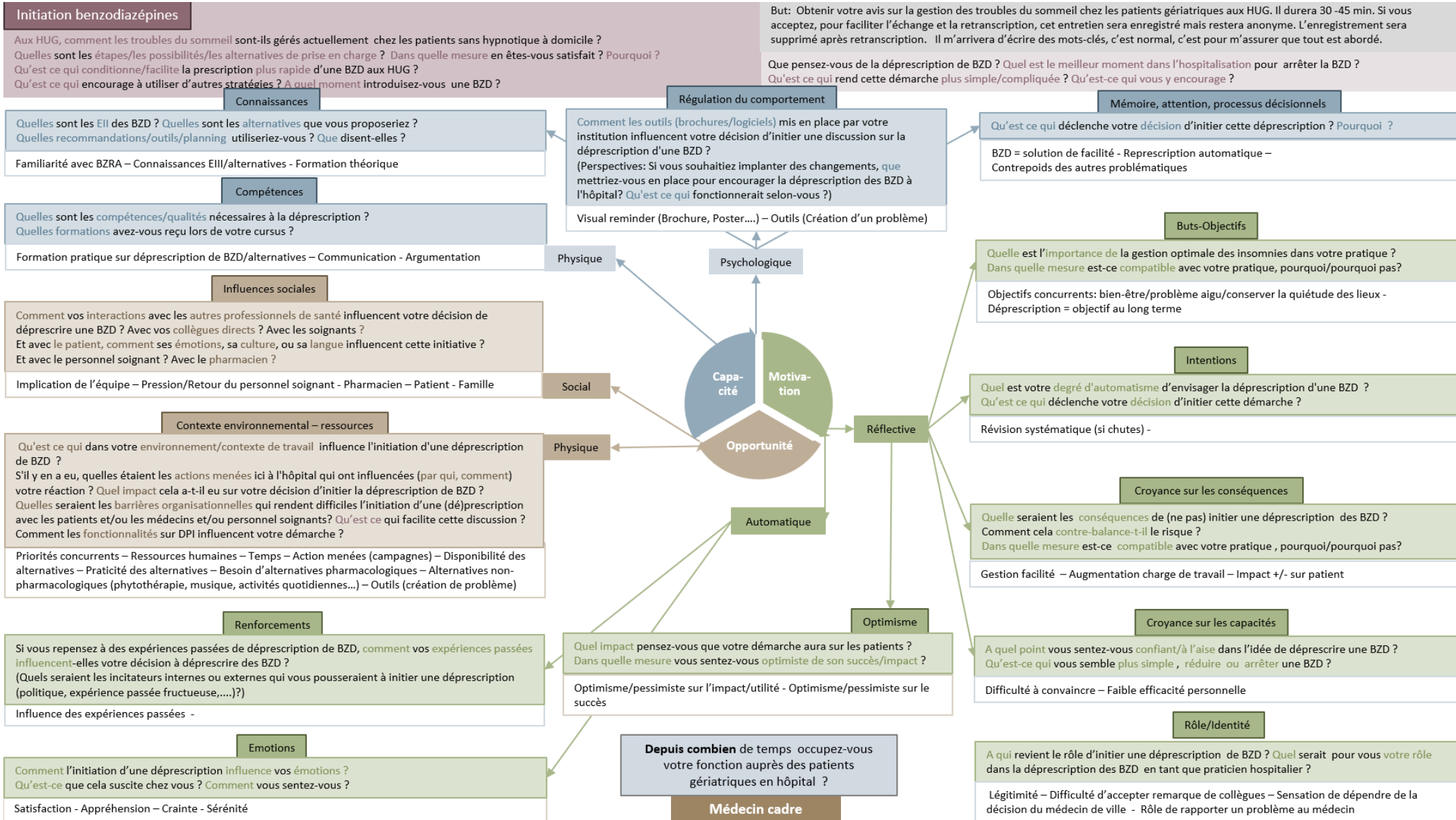
Postures à éviter	Postures à privilégier	Exemples d'éléments de langage
Environnement et posture physique		
Débuter un entretien sans s'y être préparé	Préparer l'entretien (en amont : lecture du dossier patient, préparation des objectifs, des documents...) et s'y préparer (se concentrer sur ce moment)	
Ne pas structurer l'entretien	Structurer l'entretien selon une séquence logique et selon le type (dirigé, semi-dirigé ou non dirigé)	
Effectuer l'entretien même si l'on n'est pas en capacité (fatigue, manque de concentration, ...)	Si besoin et possible, passer la main à un collègue formé	
Ne pas se soucier d'un environnement parasite ou de sources d'interruptions de tâche	Préparer l'environnement pour se rendre disponible : couper son téléphone, éteindre la télé (dans le cas d'une chambre de patient) ...	
S'imposer	Demander si l'on dérange, proposer de repasser (à l'hôpital) ou au patient de revenir (à l'officine) si possible Vérifier l'aptitude du patient à recevoir l'entretien (réceptivité : émotionnelle, psychologique, de langage...)	<i>Etes-vous disponible maintenant pour XX minutes ou pouvons-nous programmer un entretien plus tard ?</i>
Utiliser un lieu (comptoir, debout, 2 ^e patient dans la chambre...) ou un moment (soins, patients nombreux au comptoir...) inadapté à la communication	Utiliser un lieu de mise en confiance plus adapté (assis, espace de confidentialité, hors de la chambre, ...) ou vérifier si l'entretien est possible (demander si l'on dérange, expliquer à l'autre patient pourquoi il ne bénéficie pas de l'entretien...)	
Se placer trop près ou trop loin du patient, derrière un bureau / comptoir	Se placer à une distance acceptable, à côté du patient si possible	
Rester debout, les bras croisés, ne pas être tourné vers le patient, ne pas prendre en compte l'accompagnant le cas échéant	S'asseoir, bras non croisés, être à la même hauteur que le patient afin de conserver le contact visuel, garder le corps tourné vers le patient, légèrement penché vers lui Prendre en compte la présence d'un accompagnant / aidant dans son positionnement	
Avoir un visage fermé, froncer les sourcils	Adopter une expression ouverte sur le visage, facilitée par des hochements de tête et des sourires (communication non verbale adaptée)	
Se précipiter, ne pas prendre un temps adapté au patient (trop court ou trop long)	Montrer que l'on est disponible pour le patient, ne pas montrer que l'on est pressé. Etre attentif autant que faire se peut au rythme du patient et le respecter en fonction de ses propres contraintes	
Changer de rythme de parole, avoir un timbre de voix inadapté	Parler avec un débit donnant le temps au patient de comprendre le message, ajuster le timbre de sa voix	
Présenter une posture prescriptive ("il faut"), imposer des conseils	Préférer une posture collaborative, aider le patient à identifier ses propres ressources pour faire émerger du patient ses propres solutions	<i>Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider à... ?</i>
Quitter la pièce en pensant déjà à autre chose	Rester à l'écoute (active) des mots et réactions du patient jusqu'à la fin de l'entretien, même une fois l'entretien terminé	

Postures à éviter	Postures à privilégier	Exemples d'éléments de langage
Conduite de l'entretien		
Débuter directement sans s'être présenté	Se présenter : nom, prénom, profession. Préciser que l'on fait partie de l'équipe, et que l'on est soumis au secret médical (à mentionner au besoin)	<i>Bonjour, je suis Camille Dupont, pharmacien(ne)...</i>
Débuter l'entretien sans avoir expliqué au patient le déroulement, parler directement de la maladie ou des traitements	Annoncer l'objectif de l'entretien, son déroulement, ainsi que sa durée approximative. Utiliser un brise-glace pour faciliter la parole	<i>Pouvez-vous me raconter comment ça se passe à la maison quand vous avez mal ? J'ai besoin de comprendre comment se passe pour vous la maladie et ce que vous faites pour vous soigner.</i>
S'écarter de la structure de l'entretien alors que ce n'est pas à la demande du patient	Respecter la structure de l'entretien	
Prendre en permanence des notes, lire une trame d'entretien sans l'avoir expliquée au patient	Annoncer au patient la prise de notes et son utilisation, maîtriser la trame d'entretien pour ne pas rompre le dialogue et la relation	<i>Je vais prendre quelques notes pour m'aider à faire la synthèse de notre entretien.</i>
Partir avec une idée en tête, sans faire attention à la demande du patient, être focalisé sur autre chose que le patient (sa propre posture, ...)	Ecouter la situation, les problématiques, les demandes et les besoins du patient, explorer ses représentations et ses connaissances, identifier ses priorités, ressources et freins, observer son attitude (méfiance, anxiété...)	<i>Qui vous aide ? Qu'est-ce qui vous limite ?</i>
Utiliser des tournures de phrase allant à l'encontre de l'écoute active (Gordon 1985) : effrayer, consoler, fournir la solution, persuader, argumenter, diriger, moraliser, juger, interpréter, étiqueter	Adopter une attitude de non jugement, ne pas se prononcer si c'est bien ou mal, ne pas dire à la personne ce qu'elle devrait faire	
Donner une information standard inadaptée	S'adapter au niveau de connaissance et de compréhension du patient, donner des informations en lien avec ses besoins	
Essayer de répondre tout de suite aux questions du patient	Noter les questions et y revenir dans un second temps si nécessaire	<i>Je vous propose de noter vos questions et d'y revenir en fin d'entretien ou une autre fois. Vous aurez une réponse à vos questions.</i>
Ne pas vouloir montrer qu'on ne sait pas et prendre le risque de répondre de manière erronée, ne pas connaître ses limites	Savoir dire que l'on ne sait pas et que l'on va faire des recherches, être conscient de ses limites (techniques, émotionnelles), savoir diriger vers un autre professionnel de santé	<i>Je n'ai pas la réponse à cette question mais je vais me renseigner, je reviendrai vers vous.</i>
Interrompre le patient dans son discours pour atteindre l'objectif de l'entretien	Apprendre à doser les interruptions et redirections, écouter le patient	
Toujours utiliser des questions fermées	Utiliser des questions ouvertes pour ouvrir le débat, laisser le patient évoquer ses propres problématiques, et n'utiliser les questions fermées que pour vérifier des points précis	<i>Qu'est-ce qui vous amène à... ? En quoi... ? Comment... ?</i>
Utiliser les "pourquoi" (entraîne une défense, des justifications)	Utiliser les "comment" (pour analyser le comportement et ses processus)	<i>Comment gérez-vous vos traitements à la maison ?</i>
Ne pas relancer ni reformuler, répondre instantanément (désirabilité), ne laisser aucun silence	Utiliser des techniques permettant au patient de développer ses dires :	
	* non verbal (sourire, hochement de tête)	
	* reformulations	<i>En d'autres termes... Si j'ai bien compris...</i>

	* relances simples	<i>Et ensuite ?, je vous écoute, pouvez-vous m'en dire plus ?, c'est-à-dire ?, racontez-moi...</i>
	* écho-miroir ou reflet	<i>Patient : ces dernières années, j'ai été très stressé Soignant : stressé...</i>
	* vérification synthèse	<i>Si je comprends bien...</i>
	* respect des silences	
Ne pas reconnaître les émotions du patient (colère, peur, tristesse), tenter de l'apaiser, banaliser l'émotion	Reconnaître les émotions (celles du patient mais aussi ses propres émotions), faire une pause dans l'entretien pour les clarifier, verbaliser l'empathie et ses émotions en tant qu'intervenant, donner de l'espace au patient pour qu'il communique sur ses émotions, identifier les arguments sur lesquels rebondir pour travailler avec le patient, ne pas résoudre à la place du patient	<i>"Je vous sens en colère / triste aujourd'hui", "qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ?"</i>
Utiliser des doubles négations, du vocabulaire trop médical, des acronymes, des mots longs, donner trop d'informations	S'adapter au patient, utiliser les mêmes mots, la même syntaxe que lui (synchronie). Utiliser un langage simple et compréhensible : des phrases courtes, des mots simples et courants, des dessins simples, articuler, aborder les aspects pratiques	<i>Patient : si j'ai mal à la tête... Soignant : pour votre mal de tête... Patient : si j'ai des céphalées... Soignant : pour vos céphalées...</i>
Utiliser "on" (impersonnel)	Utiliser "Je" (personnel)	<i>Je vous propose...</i>
Avoir tendance à trop discuter du passé ou du futur	Mener l'entretien autour des problématiques du moment (ici et maintenant)	
Dérouler l'intégralité de l'entretien sans faire de résumés en cours	Faire un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension avant de procéder à l'étape suivante	<i>Pour résumer ce que l'on vient d'aborder...</i>
Ne pas conclure l'entretien lorsque tout a été abordé	Synthétiser, reformuler les idées à clarifier (dont le plan de soins) et éventuellement des objectifs	<i>En synthèse... Cette synthèse pourra être transmise à...</i>
Laisser le patient seul avec ses décisions et ses avancées dans l'atteinte de l'objectif	Selon le type d'entretien, aider le patient à formuler un "engagement" clair, daté, précis et proposer de le suivre dans l'atteinte des objectifs énoncés	<i>Patient : Je pourrai faire cela Soignant : qu'est-ce qui vous aiderait ? Comment pensez-vous vous y prendre ? Quand pourriez-vous commencer ? puis reformuler les propositions du patient</i>
Ne pas remercier le patient	Remercier le patient	<i>Je vous remercie pour cet échange.</i>

10.3 Résultats

10.3.1 Annexes 5 : Guides institutionnels spécifiques d'entretien semi-structurés

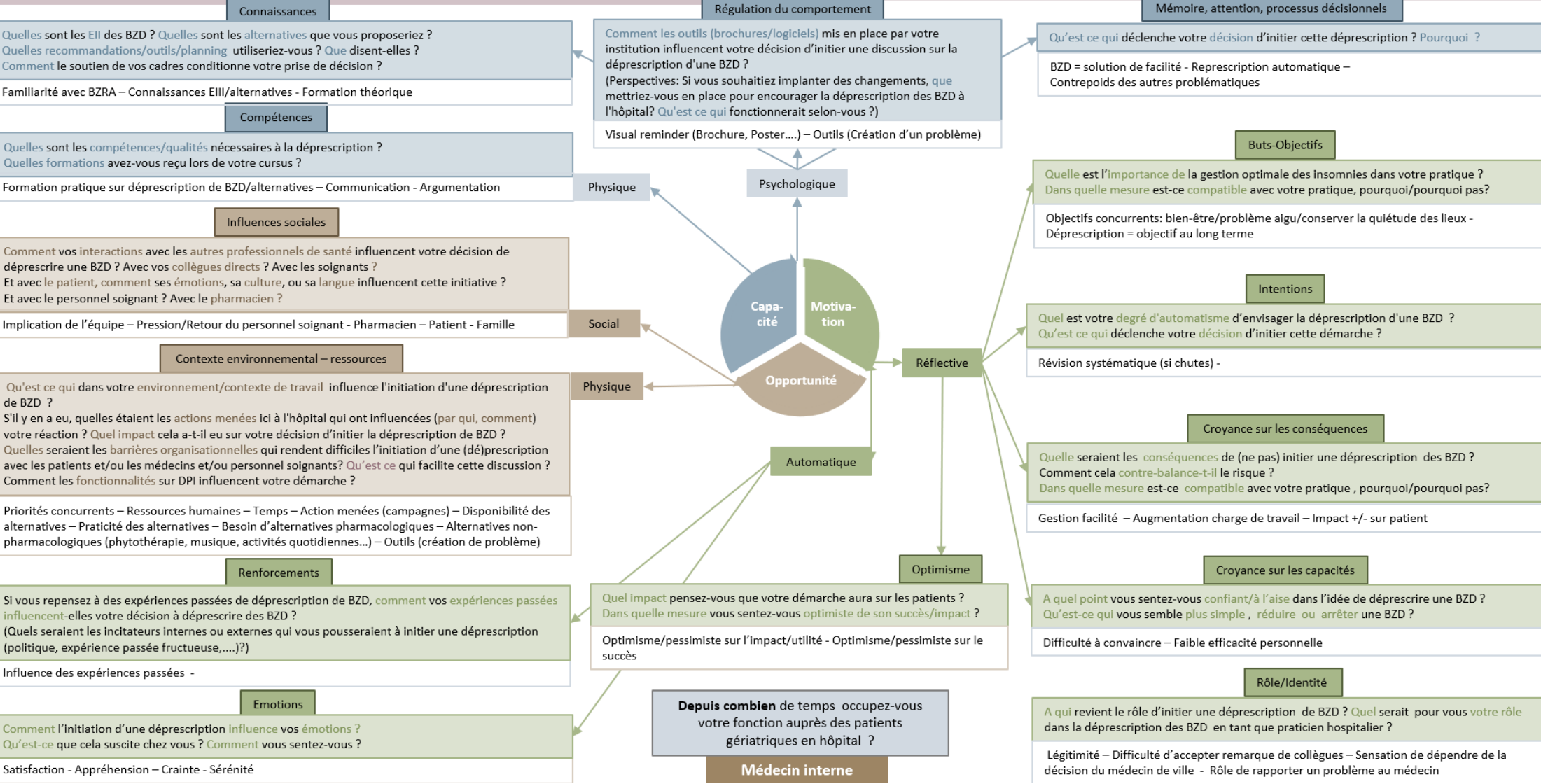


Initiation benzodiazépines

Aux HUG, comment les troubles du sommeil sont-ils gérés actuellement chez les patients sans hypnotique à domicile ?
 Quelles sont les étapes/les possibilités/les alternatives de prise en charge ? Dans quelle mesure en êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?
 Qu'est ce qui conditionne/facilite la prescription plus rapide d'une BZD aux HUG ?
 Qu'est ce qui encourage à utiliser d'autres stratégies ? A quel moment introduisez-vous une BZD ?

But: Obtenir votre avis sur la gestion des troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Il durera 30 -45 min. Si vous acceptez, pour faciliter l'échange et la retranscription, cet entretien sera enregistré mais restera anonyme. L'enregistrement sera supprimé après retranscription. Il m'arrivera d'écrire des mots-clés, c'est normal, c'est pour m'assurer que tout est abordé.

Que pensez-vous de la déprescription de BZD ? Quel est le meilleur moment dans l'hospitalisation pour arrêter la BZD ?
 Qu'est ce qui rend cette démarche plus simple/compliquée ? Qu'est-ce qui vous y encourage ?

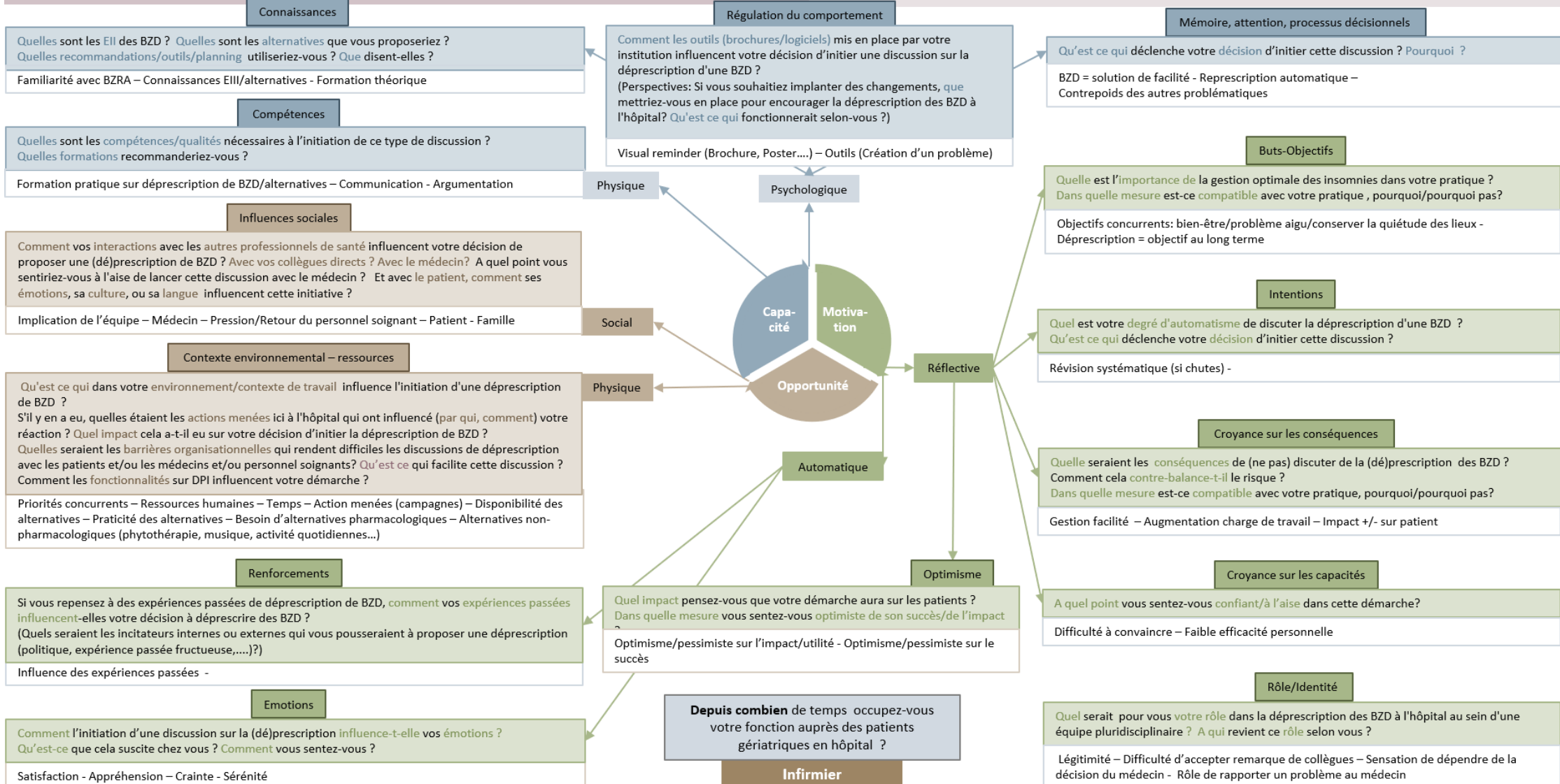


Initiation benzodiazépines

Aux HUG, comment les troubles du sommeil sont-ils gérés actuellement | chez les patients sans hypnotique à domicile ?
Quelles sont les étapes/les possibilités/les alternatives de prise en charge ? Dans quelle mesure en êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?
Qu'est ce qui conditionne/facilite la prescription plus rapide vers une BZD aux HUG ?
Qu'est ce qui encourage à utiliser d'autres stratégies ? A quel moment suggérez-vous l'introduction d'une BZD ?

But: Obtenir votre avis sur la gestion des troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Il durera 30 -45 min. Si vous acceptez, pour faciliter l'échange et la retranscription, cet entretien sera enregistré mais restera anonyme. L'enregistrement sera supprimé après retranscription. Il m'arrivera d'écrire des mots-clés, c'est pour m'assurer que tout est abordé.

Que pensez-vous de la déprescription de BZD ? Quel est le meilleur moment dans l'hospitalisation pour suggérer l'arrêt de la BZD ?
Qu'est ce qui rend cette démarche plus simple/compliquée ? Qu'est-ce qui vous y encourage ?

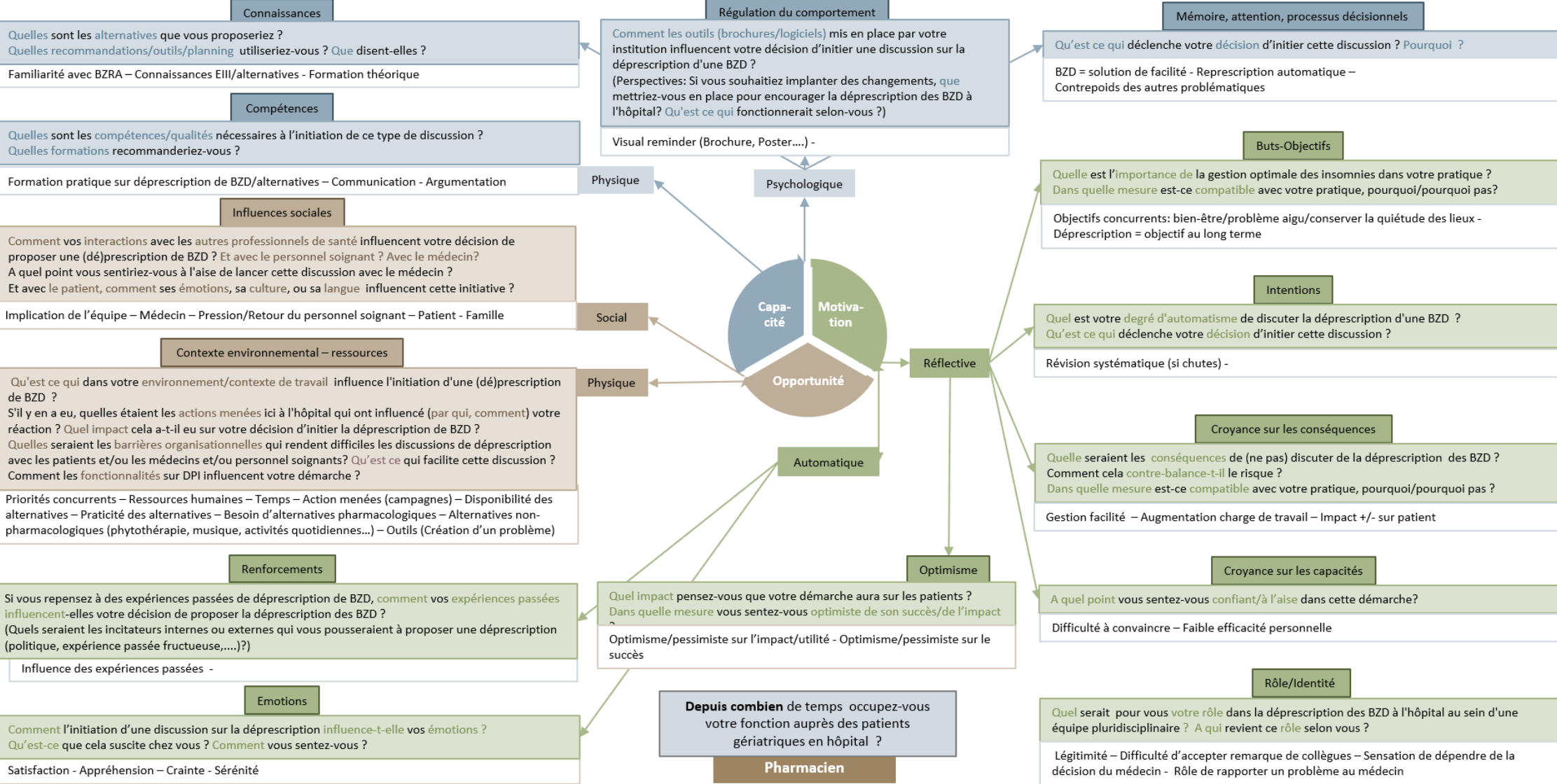


Initiation benzodiazépines

Aux HUG, comment les troubles du sommeil sont-ils gérés actuellement | chez les patients sans hypnotique à domicile ?
 Quelles sont les étapes/les possibilités/les alternatives de prise en charge ? Dans quelle mesure en êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?
 Qu'est ce qui conditionne/facilite la prescription plus rapide vers une BZD aux HUG ? Pourquoi ?
 Qu'est ce qui encourage à utiliser d'autres stratégies ? A quel moment suggérez-vous l'introduction d'une BZD ?

But: Obtenir votre avis sur la gestion des troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Il durera 30 -45 min. Si vous acceptez, pour faciliter l'échange et la retranscription, cet entretien sera enregistré mais restera anonyme. L'enregistrement sera supprimé après retranscription. Il m'arrivera d'écrire des mots-clés, c'est normal, c'est pour m'assurer que tout est abordé.

Lorsque vous êtes en visite, à quel moment initiez-vous discussion sur la déprescription d'une BZD ?
 Qu'est ce qui rend cette démarche plus simple/compliquée ? Qu'est-ce qui vous y encourage ? Quel est le meilleur moment ?



But: Obtenir votre avis sur la gestion des troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Il durera 30 -45 min. Si vous acceptez, pour faciliter l'échange et la retranscription, cet entretien sera enregistré mais restera anonyme. L'enregistrement sera supprimé après retranscription. Il m'arrivera d'écrire des mots-clés, c'est normal, c'est pour m'assurer que tout est abordé.

Gestion des insomnies -hôpital

Gestion des insomnies - domicile

Comment gérez-vous les problèmes de sommeil à domicile ? Quelles sont les actions que vous allez mettre en place ?
Que mettez-vous en place pour gérer ces troubles ? A quel moment vous tournez-vous vers votre traitement pour dormir (barrières) ?
Qu'est ce qui encourage à utiliser d'autres stratégies plutôt qu'un médicament (facilitateurs) ?

Lors de votre hospitalisation, vous est-il déjà arrivé de manifester des problèmes de sommeil au personnel soignant, comment ont-ils répondu à votre demande ? Quel est votre niveau de satisfaction de cette prise en charge ?
Qu'est ce qui facilite/complique la gestion de vos insomnies à l'hôpital ?

Initiation du traitement

Comment avez-vous commencé à prendre des médicaments pour vous aider à dormir ?
Pouvez-vous nous décrire votre expérience avec ces médicaments ?

Initiation du traitement

- Quels sont pour vous les bénéfices de votre «BZD»?
- Quels sont pour vous les effets indésirables des «BZD»?
- En avez-vous ressenti, lesquels ?
- Si cela vous dérange d'en prendre, quelles sont les raisons ? Comment vos proches perçoivent-ils votre «BZD»?
- Dans quelle mesure souhaiteriez-vous réduire son utilisation ?

Charge du traitement

- A quel niveau pensez-vous que votre «BZD» sont une charge pour vous et pour quelles raisons ?
- EII
- Financier
- Emotionnel
- Autre inconvénient ?



Enjeu d'arrêt du traitement

Ce n'est pas le but de cet entretien. Mais, je souhaiterais que nous abordions un éventuel arrêt de traitement.

- Si vous avez déjà essayé de le réduire ou de l'arrêter, qu'est ce qui a motivé votre décision (médecin, EII...) ?
- Comment cela s'est passé ? Quelles ont été les conséquences de l'arrêt ?
- Si vous avez déjà essayé, et que cela n'a pas fonctionné, qu'est-ce qui vous a le plus manqué pour tenir, persévérer, motiver -répondez vraiment franchement, tout ce qui vous passe par la tête, que ce soit coûteux/irréalisable comme solution/proposition ?
- Si votre médecin hosp. vous demandait de réduire ou arrêter votre «BZD», quelle serait votre réaction ? (Accord/refus, sentiment de non prise en charge, quelles craintes auriez-vous ?)
- Comment pensez-vous que cela se passerait, si vous le faisiez (facile, difficile) ?
- Qu'est ce qui rendrait l'arrêt plus simple ? Plus difficile ?
- Qu'est ce qui rendrait l'arrêt plus simple à l'hôpital? Plus difficile ?
- Quel lieu pensez-vous le plus adapté pour débiter l'arrêt/réduction (hôpital ? maison ?) Comment l'environnement hospitalier influence vos troubles du sommeil ?

Implication

- Comment vous sentez-vous informé sur les «BZD» (indications, EII) ?
- A quel point aimeriez-vous être impliqué dans les décisions regardant votre traitement ?
- Qui selon vous devrait initier une discussion sur l'arrêt de votre traitement (vous, pharmacien, médecin) ?
- Quelles seraient, selon vous, les informations qui vous motiveraient à arrêter ?
- Comment souhaiteriez-vous qu'elles vous soient communiquées (Posters, face à face, avec qui?, brochures ?)
- Quelles autres mesures vous aideraient à arrêter ? Ex. coaching, application, suivi étroit, par qui ?

Patient AVEC BZD à domicile

- Buts-Objectifs
- Connaissances
- Croyance sur les conséquences
- Renforcements
- Influences sociales
- Intentions

- Croyance sur les conséquences
- Emotions

- Buts-Objectif
- Intentions
- Croyance sur les conséquences
- Renforcement
- Croyance sur les capacités
- Influences sociale
- Contexte environnemental – ressources
- Emotions
- Croyance sur les conséquences
- Croyance sur les capacités
- Optimisme
- Influences sociales
- Contexte environnemental – ressources

- Connaissances
- Mémoire, attention, processus décisionnels
- Rôle/Identité
- Connaissances
- Régulation du comportement
- Influences sociales
- Contexte environnemental – ressources

Gestion des insomnies - domicile

But: Obtenir votre avis sur la gestion des troubles du sommeil chez les patients gériatriques aux HUG. Il durera 30 -45 min. Si vous acceptez, pour faciliter l'échange et la retranscription, cet entretien sera enregistré mais restera anonyme. L'enregistrement sera supprimé après retranscription. Il m'arrivera d'écrire des mots-clés, c'est normal, c'est pour m'assurer que tout est abordé.

Gestion des insomnies -hôpital

S'il vous est déjà arrivé de manifester des problèmes de sommeil à domicile, comment les gérez-vous ? Quelles sont les étapes ?
Que mettez-vous en place pour gérer ces troubles ?
Qu'est ce qui encourage à utiliser d'autres stratégies plutôt qu'un médicament (facilitateurs) ?

Lors de votre hospitalisation, vous est-il déjà arrivé de manifester des problèmes de sommeil au personnel soignant, comment ont-ils répondu à votre demande ? Quel est votre niveau de satisfaction de cette prise en charge ?
Qu'est ce qui facilite/complique la gestion de vos insomnies à l'hôpital ?

Initiation du traitement

Comment avez-vous commencé à prendre des médicaments pour vous aider à dormir ?
Pouvez-vous nous décrire votre expérience avec ces médicaments ?



Initiation du traitement

- Quels sont pour vous les bénéfices de votre «BZD»?
- Quels sont pour vous les effets indésirables des «BZD»?
- En avez-vous ressenti, lesquels ?
- Si cela vous dérange d'en prendre, quelles sont les raisons ?
- Comment vos proches perçoivent-ils votre «BZD»?
- Dans quelle mesure souhaiteriez-vous réduire son utilisation ?

Charge du traitement

- A quel niveau pensez-vous que votre «BZD» sont une charge pour vous et pour quelles raisons ?
- EII
- Financier
- Emotionnel
- Autre inconvenient ?

Enjeu d'arrêt du traitement

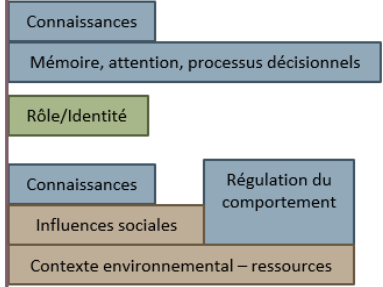
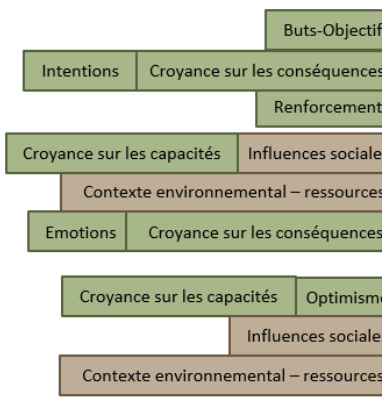
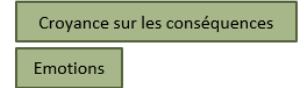
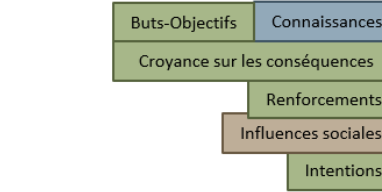
Ce n'est pas le but de cet entretien. Mais, je souhaiterais que nous abordions un éventuel arrêt de traitement.

- Si vous avez déjà essayé de le réduire ou de l'arrêter, qu'est ce qui a motivé votre décision (médecin, EII...) ?
- Comment cela s'est passé ? Quelles ont été les conséquences de l'arrêt ?
- Si vous avez déjà essayé, et que cela a fonctionné, qu'est-ce qui vous a le plus aidé pour tenir, persévérer, motiver -répondez vraiment franchement, tout ce qui vous passe par la tête ?
- Si votre médecin hosp. vous demandait de réduire ou arrêter votre «BZD», quelle serait votre réaction ? (Accord/refus, sentiment de non prise en charge, quelles craintes auriez-vous ?)
- Comment pensez-vous que cela se passerait, si vous le faisiez (facile, difficile) ?
- Qu'est ce qui rendrait l'arrêt plus simple ? Plus difficile ?
- Qu'est ce qui rendrait l'arrêt plus simple à l'hôpital? Plus difficile ?
- Quel lieu pensez-vous le plus adapté pour débiter l'arrêt/réduction (hôpital ? maison ?) Comment l'environnement hospitalier influence vos troubles du sommeil ?

Implication

- Comment vous sentez-vous informé sur les «BZD» (indications, EII) ?
- A quel point aimeriez-vous être impliqué dans les décisions regardant votre traitement ?
- Qui selon vous devrait initier une discussion sur l'arrêt de votre traitement (vous, pharmacien, médecin) ?
- Quelles seraient, selon vous, les informations qui vous motiveraient à arrêter ?
- Comment souhaiteriez-vous qu'elles vous soient communiquées (Posters, face à face, avec qui?, brochures ?)
- Quelles autres mesures vous aideraient à arrêter ? Ex. coaching, application, suivi étroit, par qui ?

Patient SANS BZD à domicile



10.4 Discussion

10.4.1 Annexe 6 : MMAT : Mixed method appraisal tool : Evaluation de la méthode mixte

Annexe 6: Quality assessment of the mixed-methods studies included in the systematic review of P.Evrard, 2022					
Questions from the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT), version 2018, for the qualitative part					
Included studies	Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Are the findings adequately derived from the data?	Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?
Martin, P. (2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Lambson, MA. (2003)	Yes	Yes	Can't tell	No	No
Le Brun, A. (2024)	Yes TDF, including for patients to offer better comparison with healthcare provider and build a broader and more objective view of the barriers and facilitators	Can't tell Face-to-face interview format offer richer data than focus groups. But is time consuming and didn't allow a complete saturation of data within the study time	No* Keeping a systematic analysis in a manual word-color-based analysis is challenging and allow for more mistakes than other techniques. A peer review method and a qualitative data analysis tool would have offered a more robust analysis of the qualitative data	Yes Each domain included in the study was presented and discussed using key citation provided by the face-to-face interview	Yes The 3 key domains found in these study are also part of the key domains found in literature. Lack of data in the hospital setting doesn't allow an in-depth comparison of subsequent domains
Questions from the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT), version 2018, for the quantitative part					
	Is the sampling strategy relevant to address the research question?	Is the sample representative of the target population?	Are the measurements appropriate?	Is the risk of nonresponse bias low?	Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?
Martin, P. (2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Lambson, MA. (2003)	Yes	Can't tell	Can't tell	No	Yes
Le Brun, A. (2024)	Yes	Yes	Yes	N/A	Can't tell

	Sampling method was performed by a specific rule allowing to screen systematically all the target population	Patients aged >65, hospitalized for more than 24h in geriatric wards, excluding patient that received the study drug: - injectable -for a proven other purpose than sleep (palliative care, addiction treatment, etc.)	Goal was to provide an overview of the filed practices in deprescription management. The key measurements involved a descriptive analysis of different decisions made regarding BHS prescriptions (unchanged, interrupted lowered, etc.) and allowed to meet the above-cited goal	Quantitative format doesn't include a questionnaire but a field-based data	No statistical analysis was performed in this mixed method study as no intervention was made. Hence, it included only descriptive data that allowed a great understanding of the field practices.
--	--	--	---	--	---

Questions from the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT), version 2018, regarding mixed method design

	Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?
Martin, P. (2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Lambson, MA. (2003)	Yes	Can't tell	Can't tell	No	Yes
Le Brun, A. (2024)	Yes This mixed method allowed a inner view of the barriers and enablers of BHS deprescription and its possible impact on the field	Yes QUANT: field overview of the decisions taken regarding BHS (de)prescription QUAL: Barriers and enablers of BHS deprescription	Yes Interpretation of QUANT+QUAL was performed through a discussion of the Farmer's triangulation method previously performed	Yes Divergence between both QUANT and QUAL DATA were coded using the divergence coding method provided by the Farmer's protocol and	No See derivation and analysis of qualitative findings* in previous page

BHS: Benzodiazepines and hypno-sedatives; QUANT: quantitative ; QUAL: qualitative