



 Nantes
Université



Projet
soutenu par
 Fondation
de
France

DEPAL

« DEprescribing: perceptions of PATients Living with advanced cancer.
A multicentre, prospective mixed observational study.»

Dr Adrien EVIN

Rationnel

- La **polymédication** est une problématique néfaste pour les patients en soins palliatifs. Elle est fréquente et comporte de nombreux **PIMs** (Potentially Inappropriate Medications; médicament potentiellement inapproprié).
- La déprescription devient une nécessité afin d'améliorer la qualité de vie de nos patients (ainsi que les coûts des soins).
- En l'absence de recommandation, il est nécessaire de comprendre la perception des patients sur la polymédication et la déprescription

Généralités sur l'étude



Centres

- Multicentrique :
 - CHU Nantes
 - CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé
 - ICO, site de Saint-Herblain
 - CHD de La Roche-sur-Yon
 - CH de Saint-Nazaire



Schéma de l'étude

- Prospective
- Non randomisée
- Non contrôlée
- Première partie Qualitative
- Deuxième partie Quantitative



Nombre de patients à inclure : 325

- 1^{ère} Partie : 25 patients
- 2^{ème} Partie : 300 patients



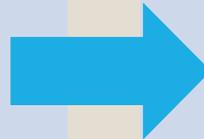
Durée de l'étude

- Durée d'inclusion 1^{ère} Partie : **8 mois**
- Durée inclusions 2^{ème} Partie : **12 mois**
- Pas de suivis par patient
- Durée totale de l'étude : **28 mois**

Objectifs et critères d'évaluation

Objectif principal

Étudier la **perception de la**
déprescription qu'ont **les patients** en
situation de **soins palliatifs** **en**
cancérologie.



Critère d'évaluation principal

Décrire, comprendre et expliquer les attitudes et croyances des patients concernant la déprescription en réalisant :

- Des entretiens individuels semi-dirigés
- Et dans un second temps à l'aide du questionnaire rPATD pouvant être adapté suite à l'analyse des données qualitatives.

Objectifs et critères d'évaluation

Objectifs secondaires

Étudier les **facteurs pouvant influencer les attitudes et croyances des patients concernant la déprescription.**

Critères d'évaluation secondaires

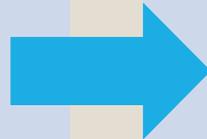
Influence:

- Du sexe,
- Age,
- Niveau de diplôme ,
- Type de cancer, nombre de sites métastatiques,
- Score *Performans status*,
- Présence d'un traitement systémique contre le cancer,
- Suivi par une équipe de soins palliatifs,
- Lieu de soins du patient,
- Personnes en charge du traitement, nombre de médicaments,
- Nombre de « *potentially inappropriate medications* » (PIMs),
- Pronostic évalué par le médecin référent,
- Croyances sur les traitements en général (BMQ questionnaire) sur les scores issus du questionnaire rPATD.

Objectifs et critères d'évaluation

Objectifs secondaires

Évaluer les propriétés psychométriques du rPATD dans cette population.



Critères d'évaluation secondaires

Description de données de validation du rPATD dans notre population :

- Validation de la structure du questionnaire,
- Mesure de la fiabilité des scores,
- Validation concurrente avec le questionnaire BMQ.

Design de l'étude

- Étude multicentrique nationale, prospective, observationnelle, de design mixte séquentiel exploratoire
- Première partie qualitative : entretiens individuels semi dirigés avec méthodologie d'approche descriptive (n =25)
- Seconde partie quantitative : passation des questionnaires rPATD et BMQ et récolte de données socio-démographiques et médicales des patients (n =300)

Etude ancillaire

- Pour les patients qui le souhaitent,
- Nous étudierons **le lien entre le niveau de littératie en santé des patients et leur perception de la déprescription**

(la littératie en matière de santé est définie comme la capacité d'acquérir, de comprendre et d'utiliser des informations de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé)

- => **Auto-questionnaire FCCHL** (Functional, Communicative and Critical Health Literacy)/ **HLS14** (14-item health literacy scale)

Design de l'étude



1er trimestre 2025 :

Lancement partie 2 –
Phase Quantitative

Critères d'inclusion

-  Patient de plus de 18 ans
-  **Atteint d'un cancer solide** localement avancé ou métastatique (donc relevant de soins palliatifs selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé)
-  **Espérance de vie estimée par le médecin à l'inclusion de moins de 1 an** (utilisation de la question surprise pour aider le clinicien à estimer cette espérance de vie)
-  Hospitalisé ou en consultation
-  **Ayant au moins un PIMs** (repéré par l'utilisation de l'outil STOPPfrail 2)
-  Patient n'ayant pas exprimé son opposition à participer à l'étude après avoir reçu l'information de la part du médecin.

Critères de non inclusion



Patient atteint de troubles du jugement, d'altération cognitive ou sensorielle importante ne permettant pas de recevoir une information éclairée ou de répondre aux questionnaires ou de participer à un entretien dans le cadre de l'étude.



Patient ne maîtrisant pas la langue française orale et écrite



Majeur sous tutelle, personne protégée



Mineur

Merci de votre attention



...des questions ?

Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation

Table 2. STOPPFRAIL version 2

STOPPFrail is a list of potentially inappropriate prescribing indicators designed to assist physicians with deprescribing decisions. It is intended for older people with limited life expectancy for whom the goal of care is to optimise quality of life and minimise the risk of drug-related morbidity. Goals of care should be clearly defined, and, where possible, medication changes should be discussed and agreed with patient and/or family.

Appropriate candidates for STOPPFrail-guided deprescribing typically meet ALL of the following criteria:

1. Activities of daily living dependency (i.e. assistance with dressing, washing, transferring, walking) and/or severe chronic disease and/or terminal illness.
2. Severe irreversible frailty, i.e. high risk of acute medical complications and clinical deterioration.
3. Physician overseeing care of patient would not be surprised if the patient died in the next 12 months.

Section A: General	<ul style="list-style-type: none"> • Any drug that the patient persistently fails to take or tolerate despite adequate education and consideration of all appropriate formulations. • Any drug without a clear clinical indication. • Any drug for symptoms which have now resolved (e.g. pain, nausea, vertigo, pruritus)
Section B: Cardiology system	<ul style="list-style-type: none"> • Lipid-lowering therapies (statins, ezetimibe, bile acid sequestrants, fibrates, nicotinic acid, lomitapide and acipimox). • Antihypertensive therapies: Carefully reduce or discontinue these drugs in patients with systolic blood pressure (SBP) persistently <130 mmHg. An appropriate SBP target in frail older people is 130–160 mmHg. Before stopping, consider whether the drug is treating additional conditions (e.g. beta-blocker for rate control in atrial fibrillation, diuretics for symptomatic heart failure). • Anti-anginal therapy (specifically nitrates, nicorandil, ranolazine): None of these anti-anginal drugs have been proven to reduce cardiovascular mortality or the rate of myocardial infarction. Aim to carefully reduce and discontinue these drugs in patients who have had no reported anginal symptoms in the previous 12 months AND who have no proven or objective evidence of coronary artery disease.
Section C: Coagulation system	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-platelets: No evidence of benefit for primary (as distinct from secondary) cardiovascular prevention. • Aspirin for stroke prevention in atrial fibrillation: Aspirin has little or no role for stroke prevention in frail older people who are not candidates for anticoagulation therapy and may significantly increase bleeding risk.
Section D: Central nervous system	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptic antipsychotics in patients with dementia: Aim to reduce dose and discontinue these drugs in patients taking them for longer than 12 weeks if there are no current clinical features of behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD). • Memantine: Discontinue and monitor in patients with moderate to severe dementia, unless memantine has clearly improved BPSD.
Section E: Gastrointestinal system	<ul style="list-style-type: none"> • Proton pump Inhibitors: Reduce dose of proton pump inhibitors when used at full therapeutic dose ≥ 8 weeks, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose. • H2 receptor antagonist: Reduce dose of H2 receptor antagonists when used at full therapeutic dose for ≥ 8 weeks, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose.
Section F: Respiratory system	<ul style="list-style-type: none"> • Theophylline and aminophylline: These drugs have a narrow therapeutic index, have doubtful therapeutic benefit and require monitoring of serum levels and interact with other commonly prescribed drugs putting patients at an increased risk of ADEs. • Leukotriene antagonists (montelukast, zafirlukast): These drugs have no proven role in chronic obstructive pulmonary disease; they are indicated only in asthma.
Section G: Musculoskeletal system	<ul style="list-style-type: none"> • Calcium supplements: Unlikely to be of any benefit in short-term unless proven, symptomatic hypocalcaemia. • Vitamin D (ergocalciferol and colecalciferol): Lack of clear evidence to support the use of vitamin D to prevent falls and fractures, cardiovascular events or cancers. • Anti-resorptive/bone anabolic drugs for osteoporosis (bisphosphonates, strontium, teriparatide, denosumab) • Long-term oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs: Increased risk of side effects (e.g. peptic ulcer disease, bleeding, worsening heart failure) when taken regularly for ≥ 2 months. • Long-term oral corticosteroids: Increased risk of major side effects (e.g. fragility fractures, proximal myopathy, peptic ulcer disease) when taken regularly for ≥ 2 months. Consider careful dose reduction and discontinuation.
Section H: Urogenital system	<ul style="list-style-type: none"> • Drugs for benign prostatic hyperplasia (5-alpha reductase inhibitors and alpha-blockers) in catheterised male patients: No benefit with long-term bladder catheterisation. • Drugs for overactive bladder (muscarinic antagonists and mirabegron): No benefit in patients with persistent, irreversible urinary incontinence unless clear history of painful detrusor hyperactivity.
Section I: Endocrine system	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-diabetic drugs: De-intensify therapy. Avoid HbA1c targets (HbA1c <7.5% [58 mmol/mol] associated with net harm in this population). The goal of care is to minimise symptoms related to hyperglycaemia (e.g. excessive thirst, polyuria).
Section J: Miscellaneous	<ul style="list-style-type: none"> • Multivitamin combination supplements: Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment of hypovitaminosis. • Folic acid: Discontinue when treatment course is completed. The usual treatment duration is 1–4 months unless malabsorption, malnutrition or concomitant methotrexate use. • Nutritional supplements: Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment of malnutrition.

Disclaimer (STOPPFrail): While every effort has been made to ensure that the potentially inappropriate deprescribing criteria listed in STOPPFrail are accurate and evidence-based, it is emphasised that the final decision to deprescribe any drug referred to in these criteria rests entirely with the prescriber. It is also to be noted that the evidence base underlying certain criteria in STOPPFrail may change after the time of publication of these criteria. Therefore, it is advisable that deprescribing decisions should take account of current published evidence in support of or against the use of drugs or drug classes described in STOPPFrail.