

Est-ce que prendre moins de médicaments pourrait être meilleur pour la santé?

Conférence du 11 octobre 2017

Caroline Sirois, B.Pharm, Ph.D.



UNIVERSITÉ
LAVAL

Chaire de recherche sur le vieillissement

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Centre de recherche
sur les soins et les services de
première ligne de l'Université Laval

Conflits d'intérêt et sources de financement

- Aucun conflits d'intérêt à déclarer

UQAR



Objectifs de la présentation

- Comprendre les enjeux de la polymédication
- Identifier des situations où la prise de médicaments n'améliore pas la santé
- Définir la « déprescription » et quand elle peut être appropriée

Question 1

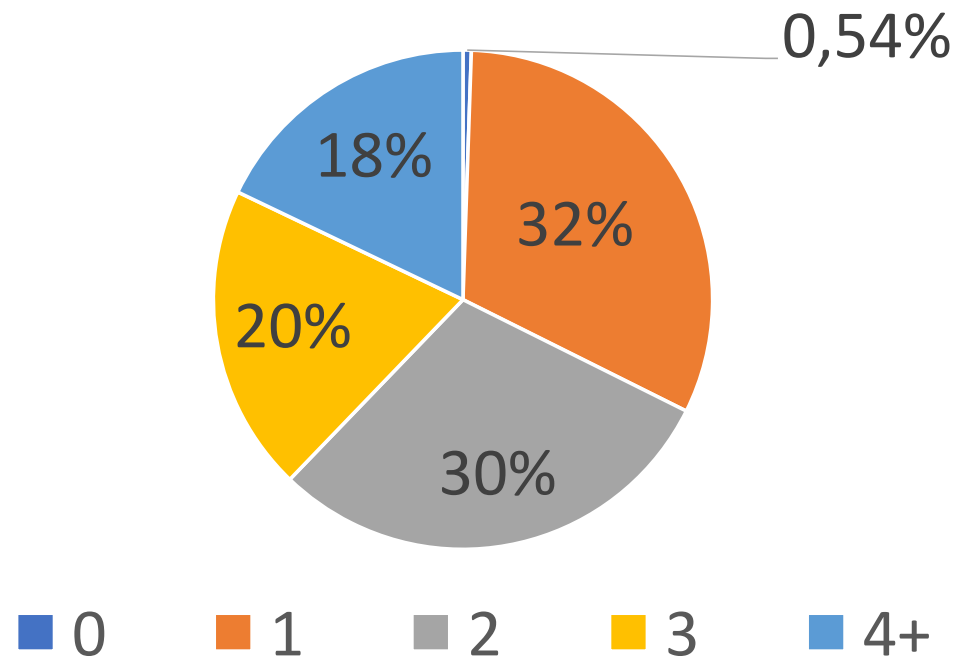
- Pourquoi les personnes âgées prennent-elles généralement plus de médicaments que les autres groupes d'âge?

L'importance des maladies chroniques avec le vieillissement

- Plus on vieillit, plus on connaît de risques d'avoir une ou plusieurs maladies chroniques
- Le risque est accru de développer une maladie et d'en souffrir plus longtemps

Portrait des maladies chroniques chez les aînés au Québec (2013-2014)

Répartition de la présence des maladies chroniques (incluant l'hypertension artérielle)



¹ INSPQ, Communication personnelle, Marc Simard.

Les maladies chroniques et les médicaments

- La plupart des maladies chroniques sont traitées avec un ou plusieurs médicaments
- Plus il y a de maladies, plus il y a de médicaments...

Testez vos connaissances!

Parmi les personnes de 65 ans et plus au Canada, combien prennent au moins 5 médicaments par année?¹

- a) 5%
- b) 25%
- c) 50%
- d) 66%
- e) 99%



[Pills](#) by [jardasous](#) licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

¹ Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012. Mis à jour en octobre 2014. In: Ottawa, ed. 2014

Testez vos connaissances!

Parmi les personnes de 65 ans et plus au Canada, combien prennent au moins 5 médicaments par année?¹

- a) 5%
- b) 25%
- c) 50%
- d) 66%**
- e) 99%



[Pills](#) by [jardasous](#) licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

¹ Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012. Mis à jour en octobre 2014. In: Ottawa, ed. 2014

Testez vos connaissances!

Au Québec, quel pourcentage des personnes de 65 ans et plus avec du diabète prennent au moins 10 médicaments par année?¹

- a) 10%
- b) 25%
- c) 50%
- d) 66%
- e) 99%



[Question Mark Symbol with Cartoon eyes](#) by [monsterbraingames](#)
sous licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

¹ Gagnon ME, Plante C, Larocque I, Simard M, Sirois C. Polypharmacie chez les aînés québécois atteints de diabète. 5^e colloque annuel du Réseau québécois de recherche sur les médicaments, Québec, le 2 juin 2015.

Testez vos connaissances!

Au Québec, quel pourcentage des personnes de 65 ans et plus avec du diabète prennent au moins 10 médicaments par année?¹

- a) 10%
- b) 25%
- c) 50%
- d) 66%**
- e) 99%



[Question Mark Symbol with Cartoon eyes](#) by [monsterbraingames](#)
sous licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

¹ Gagnon ME, Plante C, Larocque I, Simard M, Sirois C. Polypharmacie chez les aînés québécois atteints de diabète. 5^e colloque annuel du Réseau québécois de recherche sur les médicaments, Québec, le 2 juin 2015.

Tendances à la hausse

- La proportion d'aînés utilisant 5 médicaments et plus par année est passée de **54,7%** en 2000 à **66,1%** en 2014
- 27% des aînés prenait au moins 10 médicaments par année en 2014

Source: Canadian Institute for Health Information (CIHI). 2014. *Drug Use among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2012*. Ottawa: CIHI.

Tendances à la hausse

- Entre 1997 et 2006 en Ontario, les prescriptions pour des médicaments préventifs ont augmenté de:
 - 697% pour les médicaments contre le cholestérol
 - 2 347% pour les médicaments contre l'ostéoporose
- Durant cette même période, la proportion d'aînés avec plus de 10 classes de médicaments a presque triplé

Source: Bajcar et al. BMC Fam Pract 2010;11:75. doi: 10.1186/1471-2296-11-75

Usage des médicaments au Québec

- Assurance-médicaments au Québec
 - Doublement des coûts en 10 ans¹
 - Budget 3,6 milliards en 2015-2016²
- Nombre important d'utilisateurs avec plusieurs médicaments
 - Moyenne d'ordonnances par personne de 65 ans et plus assurées par la RAMQ en 2016: 116,3³

¹ Journal le Soeil, 20 nov 2012; ² Journal le Soleil, 27 mars 2015 ³RAMQ, statistiques, Tableau AM.09, 2016

Question 2

- Qu'est-ce que la polymédication?

Comment définit-on la polymédication?

- Il n'existe pas de consensus sur la définition
- Le plus souvent: 5 médicaments utilisés en concomitance
- De plus en plus: 10 médicaments et plus

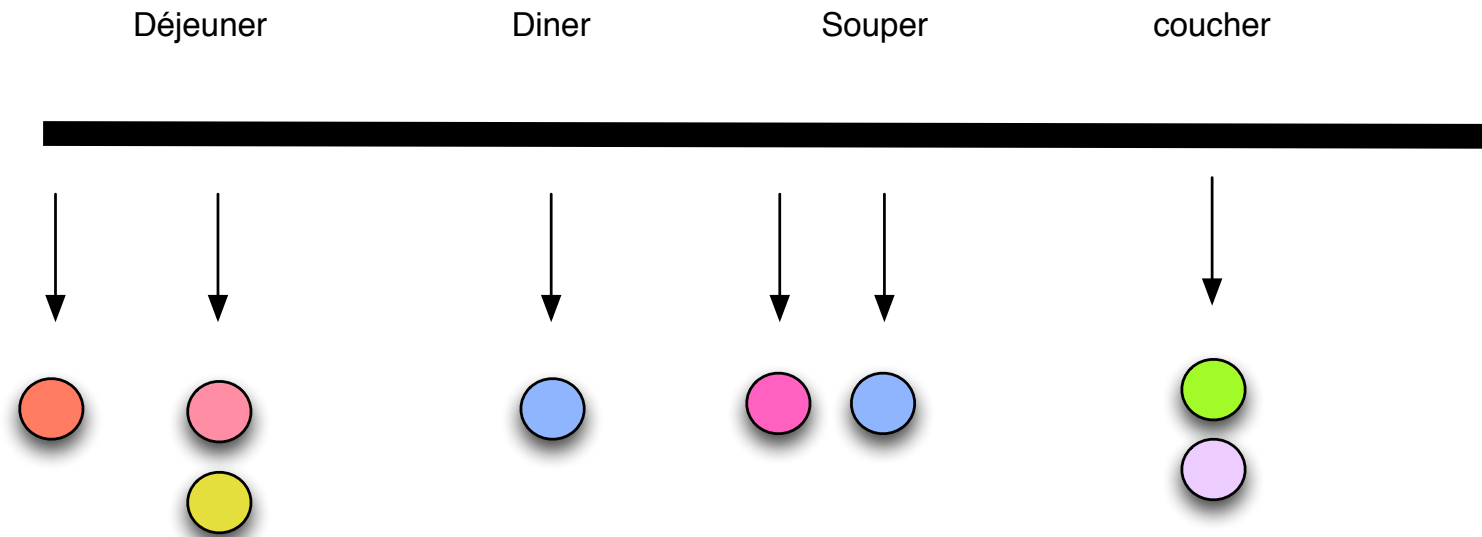
Question 3

- Est-ce que prendre beaucoup de médicaments peut être nuisible pour ma santé?

Quelques enjeux de la polymédication

- Complexité du traitement et de sa gestion
- Conséquences sur la santé

Enjeux de la polymédication: complexité



Enjeux de la polymédication: santé

- Conséquences négatives sur la santé¹⁻⁴
 - Risque de chutes, incontinence urinaire
 - Hospitalisations accrues
 - Problèmes cognitifs
 - Mortalité augmentée
 - ...

¹ Fried et al. J Am Geriatr Soc 2014; 62(12):2261-72 ²Hajar. Am J Geriatr Psychiatry 2007;5(4):345-51; ³Agostini J Am Geriatr Soc 2004;52:1719-23. ⁴Drugs Aging 2011; 28 (7): 547-560

Pourquoi la polymédication pourrait-elle être néfaste?

- Interactions médicamenteuses
- Effets indésirables
- Sous-utilisation de médicaments bénéfiques

Interactions médicamenteuses

- Proportion des aînés à risque d'une interaction médicamenteuse majeure aux États-Unis¹:
 - 2005-2006: 8,4 %
 - 2010-2011: 15,1 %
- Facteur le plus significatif pour augmenter le risque d'interaction: nombre de médicaments utilisés

¹Qato D, Wilder J, Schumm L, Gillet V, Alexander G. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. JAMA Intern Med 2016;176:473-82.

Effets indésirables

- Augmentation du risque d'effets secondaires avec le nombre de médicaments utilisés¹
 - 13% de risque avec 2 médicaments
 - 82% de risque avec ≥ 7 médicaments

¹ Goldberg Am J Emerg Med 1996;14(5):447-50

Effets indésirables

- Cause fréquente d'hospitalisation, augmentent le risque de morbidité et de mortalité¹⁻³
- Jusqu'à 31% de toutes les hospitalisations chez les aînés seraient attribuables à des effets indésirables³
- Environ la moitié des effets indésirables seraient prévisibles, incluant ceux survenant à l'hôpital⁴

¹Shepherd G, et coll. Ann Pharmacother 2012;46:169-75 ²Hofer-Dueckelmann et coll. Int J Clin Pharmacol Ther 2011;49:577-86. ³Salvi F, et coll. Drug Saf 2012;35:29-45.

⁴Hakkarainen K et coll. PLoS One 2012;7(3):e33236

Effets indésirables

- Le **nombre de médicaments** émerge comme le facteur de risque le plus documenté pour les effets indésirables^{1,2}

¹Saedder E et coll. Br J Clin Pharmacol 2015;80:808-17. ²Magdelijns F et coll. Eur J Public Health 2016;26(5):743-8.

Effets indésirables

- Les effets indésirables se présentent souvent de manière non spécifique chez les aînés (fatigue, vertige...), ce qui complique leur identification¹.
- Ils peuvent être banalisés et considérés comme étant des phénomènes de vieillissement ou des syndromes gériatriques^{1,2}.
- En général, chaque nouveau symptôme ou dégradation de l'état général devrait systématiquement être évalué comme un effet indésirable potentiel¹.

¹Barez T et coll. Guide pratique des effets indésirables médicamenteux chez les séniors. Revue médicale suisse 2013;9:2054-8. ²Avorn J, Shrank W. Adverse drug reactions in elderly people: a substantial cause of preventable illness. Br Med J 2008;336:956-7.

Sous-utilisation de médicaments appropriés

- Il existe une relation entre le nombre total de médicaments et le risque de ne pas recevoir certains médicaments appropriés
 - Souvent les prescripteurs trouvent qu'il y a déjà assez de médicaments, qu'on ne devrait pas en rajouter...

La polymédication peut être bénéfique!

- Plusieurs maladies doivent être traitées avec plusieurs médicaments

Polymédication appropriée

- Dans une polymédication appropriée¹:
 - Tous les médicaments sont prescrits pour atteindre des objectifs spécifiques en accord avec le patient
 - Les objectifs thérapeutiques sont atteints ou il y a une chance raisonnable qu'ils soient atteints dans le futur
 - La thérapie a été optimisée pour réduire le risque d'effets indésirables
 - Le patient est motivé et capable de prendre tous les médicaments

¹ Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group. Polypharmacy Guidance (2nd edition). March 2015. Scottish Government.

Quel est le seuil où les bénéfices sont encore supérieurs aux risques?

- 5 médicaments?
- 10 médicaments?
- 15 médicaments?



[Golden Off Balance Scale](#) par [GDJ](#) sous licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

Quand doit-on se poser des questions?

- J'ai le sentiment que certains produits ne sont plus nécessaires
- J'ai le sentiment que certains produits me causent des effets secondaires
- J'ai le sentiment que je prends trop de médicaments
- Je ne sais plus pourquoi je prends ceci (... mon médecin non plus)

Question 3 (ou 6!)

- Qu'est-ce qui fait en sorte que certains médicaments ne sont pas (ou plus) adéquats quand on vieillit?

Pourquoi certains médicaments pourraient-ils être moins bons pour ma santé?

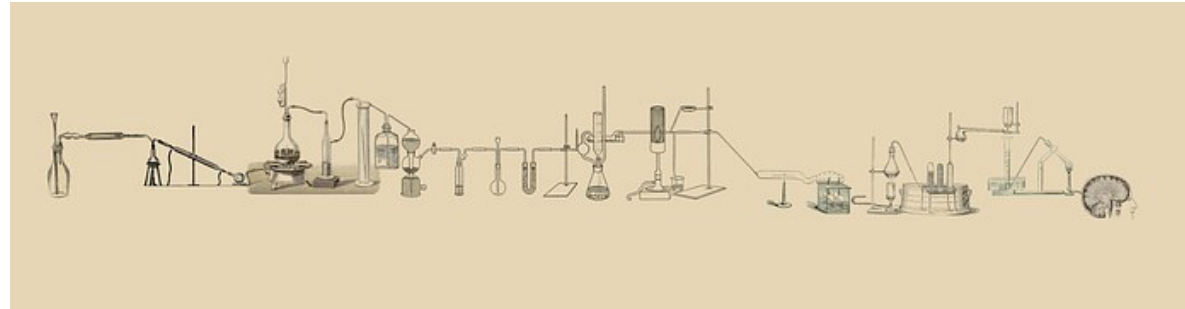
- Parce que l'on change en vieillissant!



Body Builder by [algotruneman](#) sous licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

Old Man 2 par [ricardomaia](#) sous licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).

Métabolisme



- Capacité du foie décroît d'environ 30 % après 70 ans^{1,2}
 - Diminution 20-50 % volume du foie²
 - Réduction du débit de sang qui irrigue le foie²

¹Sotaniemi E, Arranto A, Pelkonen O, Pasanen M. Age and cytochrome P450-linked drug metabolism in humans: an analysis of 226 subjects with equal histopathologic conditions. *Clin Pharmacol Ther* 1997;61:331-9. ²Reeve E, Wiese M, Mangoni A. Alterations in drug disposition in older adults. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2015;11:491-508.

Élimination

- La capacité des reins décroît avec l'âge^{1,2}.
- Beaucoup de médicaments sont éliminés par les reins → il faut ajuster les doses selon :
 - L'âge
 - Les maladies
 - Les autres médicaments utilisés



¹Mühlberg W, Platt D. Gerontology 1999;45:243-53. ²Reeve E, et coll. Expert Opin Drug Metab Toxicol 2015;11:491-508.

Effets des médicaments

- En vieillissant, on développe souvent une sensibilité accrue aux effets des médicaments¹
 - Elle n'est pas universelle, et les mécanismes ne sont pas bien connus

¹Bowie M, Slattum P. Pharmacodynamics in older adults: a review. Am J Geriatr Pharmacother 2007;5:263-303.

Traiter les maladies chroniques en gériatrie: des défis!

- La médecine actuelle repose sur des thérapies basées sur des données probantes
 - *Evidence-based medicine*
- La difficulté est qu'il existe peu de données probantes chez les personnes plus âgées...

Lignes directrices de pratique clinique

- Lignes directrices de pratique clinique (*clinical guidelines*)
 - Habituellement construites en silo
 - Ne tiennent pas compte des comorbidités
 - Souvent peu adaptées à la personne âgée
- L'adhésion à toutes les recommandations peut conduire à un nombre excessif de médicaments et d'interactions en multimorbidité.

Les données probantes

Polypharmacy in the Aging Patient. A Review of Glycemic Control in Older Adults With Type 2 Diabetes

JAMA. 2016;315(10):1034-1045. doi: [10.1001/jama.2016.0299](https://doi.org/10.1001/jama.2016.0299)

- La plupart des essais cliniques ont exclu les aînés de 80 ans et plus
 - Pour réduire les problèmes cardiaques, on doit traiter pendant au moins 10 ans ; 8 ans pour les problèmes microvasculaires
 - Le risque d'hypoglycémies sévères est augmenté de 1,5-3 fois
- Pour la majorité des adultes de 65 ans et plus, les risques d'avoir un A1C inférieur à 7,5% surpassent les bénéfices

Les données probantes

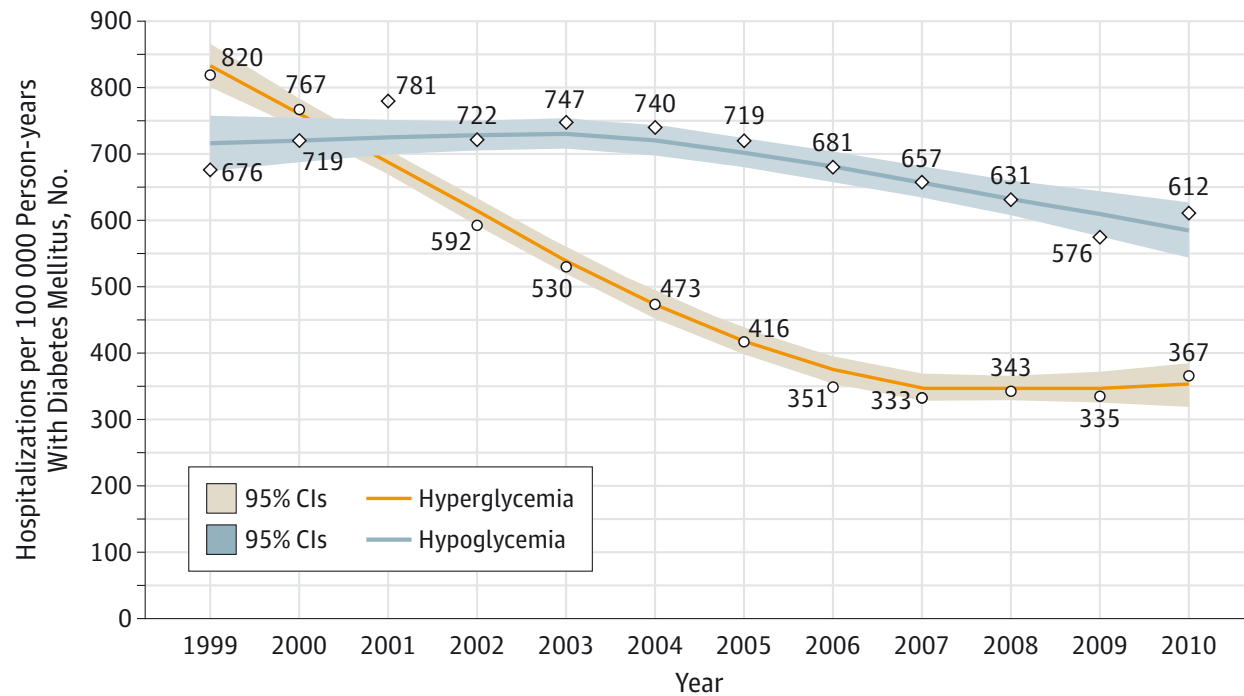
National Trends in US Hospital Admissions For Hyperglycemia and Hypoglycemia Among Medicare Beneficiaries, 1999 to 2011

Kasia J. Lipska; Joseph S. Ross; Yan Wang; Silvio E. Inzucchi; Karl Mingos; Andrew J. Karter; Elbert S. Huang;
Mayur M. Desi; Thomas M. Gill; Harlan M. Krumholz

JAMA Intern Med. 2014;174(7):1116-1124. doi: [10.1001/jamainternmed.2014.1824](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1824)

Les données probantes

Figure 2. Rates of Estimated Hospital Admissions for Hyperglycemia and Hypoglycemia Among Medicare Beneficiaries With Diabetes Mellitus, 1999 to 2010



Les données probantes

- Quelle est la place des traitements préventifs – ex. les médicaments contre le cholestérol (les « statines »)?
- Matière à réflexion:
 - D'abord: ne pas nuire
 - Équilibre entre l'âgisme, la qualité et durée de la vie difficile à définir

Les données probantes

Effect of Statin Therapy on Mortality in Older Adults Hospitalized With Coronary Artery Disease. A Propensity-Adjusted Analysis

Rothschild DP, Novak E, Rich MW. J Am Geriatr Soc. 2016;64(7):1475-1479

- **Résultats:** Pas d'effet des statines sur la mortalité: (HR = 0,88; 95% CI = 0,74–1,05)
- **Conclusion:** Ces résultats, bien que préliminaires, questionnent les bénéfices des statines en prévention secondaire dans une population d'aînés de 80 ans et plus dans la « vraie vie ». Ils mettent en relief la nécessité des prises de décisions partagées dans ce groupe d'âge.

Les données probantes

- Rappel sur *l'Evidence-based medicine...*

*« A systematic approach to clinical problem solving by the integration of **best research evidence** with **clinical expertise** and **patient values** »*

David Sackett et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM, 2000.

Une approche systématique à un problème clinique où la solution doit passer par l'intégration des **meilleures données probantes** de la recherche avec **l'expertise clinique** et les **valeurs du patient**.

Question 4

- Qu'est-ce que la déprescription?

Déprescription: définition

- Retrait d'un médicament non approprié
- Supervisé par un professionnel de la santé
- Permet de gérer la polymédication et d'améliorer la santé

Déprescription: définition

- La déprescription n'est pas un acte isolé: c'est un ensemble d'étapes comme la prescription
- Implication du professionnel de la santé ET DU PATIENT
- But: réduire le fardeau des médicaments et améliorer la santé

Déprescription: quelques étapes

- Révision de la thérapie médicamenteuse
- Identification des médicaments à cesser/substituer/sevrer
- Établissement d'un protocole de réduction de doses/médicaments conjointement avec la personne à qui on déprescrit
- Suivi du déroulement de l'intervention

Déprescription

- Le choix du médicament est primordial
 - Processus de cessation rationnel et logique pour que les bénéfices puissent en être tirés
 - Participation de la personne à qui on déprescrit est essentielle dans le processus
- Demande un suivi régulier et une documentation des choix et du déroulement
 - Processus méthodique rassurant pour le patient et son entourage
 - Critères pour réintroduire la médication identifiés dès le début du processus

Médicaments potentiellement non appropriés chez les aînés

- Plusieurs liste de médicaments potentiellement non appropriés chez les aînés existent
- Au Canada, on estime qu'environ 419 million \$ sont dépensés annuellement pour des médicaments potentiellement inappropriés³

³ Morgan et al. CMAJ Open 2016;4(2)E346-51. doi: 10.9778/cmajo.20150131. eCollection 2016 Apr-Jun

Critères de Beers¹

- Liste consensuelle de médicaments identifiés comme potentiellement inappropriés chez les aînés (États-Unis)
- La plus récente version, publiée en 2015, comprend:
 - environ 40 classes ou médicaments qui devraient être évités
 - les raisons qui soutiennent ces choix
 - la qualité des évidences
 - les recommandations cliniques (ex. circonstances dans lesquelles il faut éviter)
 - la force de la recommandation
 - des médicaments requérant un ajustement en insuffisance rénale
 - des interactions significatives

¹American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2015;63:2227-46

Quelques exemples de médicaments potentiellement inappropriés

- Médicaments pour dormir
 - « Benzodiazépines » et « médicaments en Z »

Benzodiazépines

- Alprazolam (Xanax^{md}), lorazépam (Ativan^{md}), oxazépam (Sérox^{md}), clonazépam (Rivotril^{md}), témazépam (Restoril^{md})...
- Souvent utilisés pour traiter l'anxiété, l'insomnie et l'agitation
- Associées avec une panoplie de risques
 - Delirium
 - Chutes, fractures
 - Altération de l'état mental (effet parfois sournois)
 - Alzheimer
 - Accidents d'automobile

Médicaments en z

- Zopiclone (Imovane^{md}), zolpidem (Sublinox^{md})
- Médicaments souvent utilisés comme substituts aux benzodiazépines
- Caused autant de dommages que les benzodiazépines

Benzodiazépines et médicaments en z

- Améliorent le sommeil?
 - Diminution de 22 minutes du temps requis pour s'endormir
 - Augmentation de 25 minutes du temps de sommeil
 - Diminution du nombre de réveils: 0,63

Quelques exemples de médicaments potentiellement inappropriés

- Médicaments pour dormir
 - « Benzodiazépines » et « médicaments en Z »
 - Antidépresseurs → Désyrel^{md} (trazodone)
 - Antipsychotiques → Séroquel^{md} (quétiapine)

Quelques exemples de médicaments potentiellement inappropriés

- Médicaments pour le reflux, l'acidité, « l'estomac »
- Oméprazole (Losec^{md}), esoméprazole (Nexium^{md}), lansoprazole (Prévacid^{md}), dexlansoprazole (Dexilant^{md}), pantoprazole (Pantoloc^{md}), rabéparzole (Pariet^{md})
- Près de 249,6 millions de dollars dépensés au Canada en 2013 (sauf Québec et territoires) : 3% du budget total des médicaments

Dans les médias!

« Dans de nombreux cas, la prescription d'IPP est injustifiée »

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016

Proton pump inhibitors for heartburn point to overmedication

About 40% of patients don't have an evidence-based reason to be taking the drugs long term

CBC News | Posted: Feb 22, 2016 1:19 PM ET | Last Updated: Feb 23, 2016 8:42 AM ET

Long-term heartburn medication use tied to higher risk of early death

In some cases, addressing the root cause of heartburn could reduce symptoms without need for medication

CBC News | Posted: Jul 04, 2017 1:21 PM ET | Last Updated: Jul 05, 2017 9:18 AM ET

Médicaments potentiellement inappropriés

- Que penser des médicaments « prescrits à vie »?
 - Conditions changent
 - Doses nécessaires changent
 - Buts du traitement changent
 - Objectifs de vie

Déprescription: ses impacts

- Revue systématique de la littérature¹:
 - 132 études avec 34 143 participants
- Conclusion:
 - La déprescription est sécuritaire et réalisable
 - Elle peut réduire des risques associés à la polymédication: ex. chutes chez une personne qui a déjà chuté
 - Les évidences sur la mortalité ne sont pas encore démontrées de manière concluante

¹Page AT, The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2016;82:583-623.

Déprescription: ses impacts

- Cohorte de 70 aînés en communauté (moyenne=82,8 ans)
 - Algorithme « *Good palliative-Geriatric Practice* »
 - Suivi de 19 mois
- Cessation recommandée pour 311 médicaments chez 64 patients (58% de tous les médicaments; 4,4 médicaments/patient)
 - 81% de cessation réussie (2% des médicaments ont dû être réintroduits)
 - Pas de mort ou d'effets indésirables attribuables à la cessation
 - 88% des patients rapportent une amélioration de leur santé

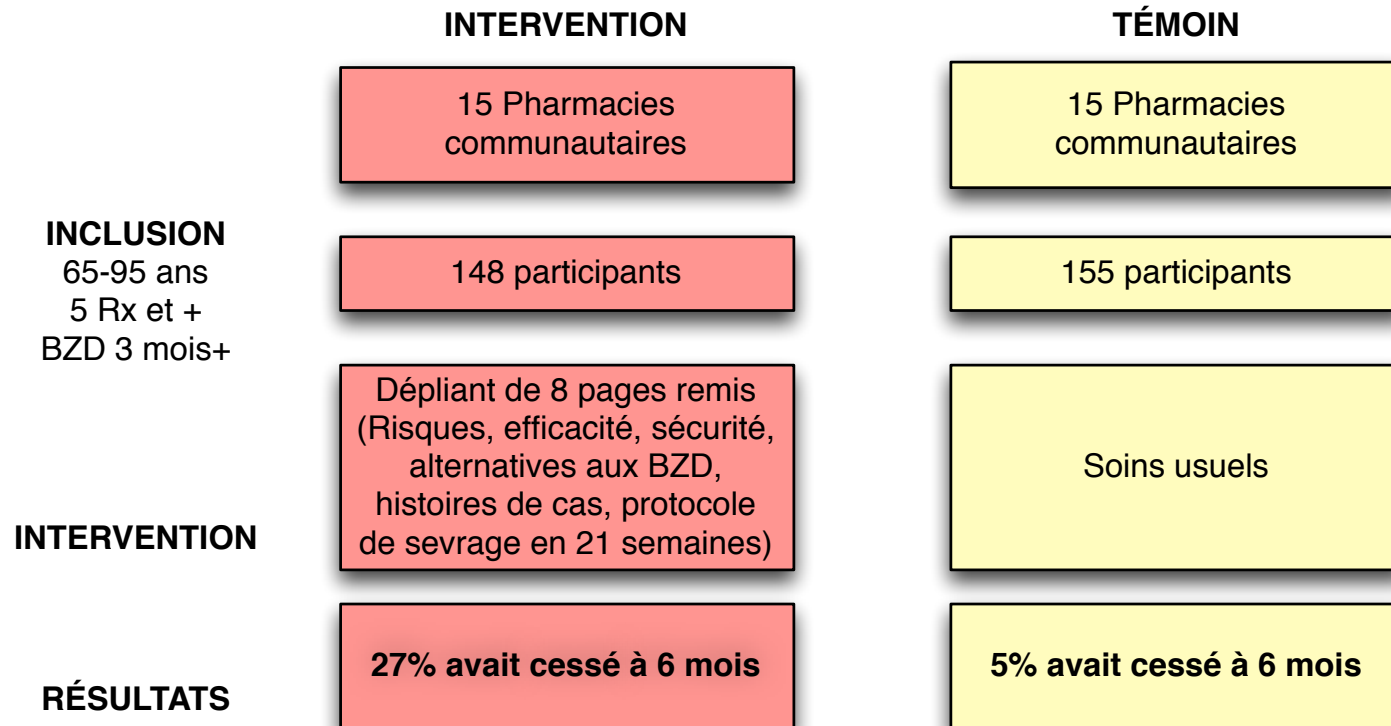
Déprescription: autre exemple

Original Investigation

Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education The EMPOWER Cluster Randomized Trial

Cara Tannenbaum, MD, MSc; Philippe Martin, BSc; Robyn Tamblyn, PhD; Andrea Benedetti, PhD;
Sara Ahmed, PhD

¹ Tannenbaum C. JAMA Intern Med. **2014** Jun;174(6):890-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.949.



Question 5

- Quand devrait-on déprescrire?

Circonstances se prêtant à la déprescription

- Quand l'usage d'un médicament comporte plus de risques que de bénéfices
 - Un traitement non pharmacologique existe et est au moins aussi efficace
 - Il existe des médicaments plus sécuritaires et aussi efficaces
 - Les bénéfices du traitement seront obtenus à trop longue échéance (ex. une échéance plus grande que l'espérance de vie)

Circonstances se prêtant à la déprescription

- Quand l'usage d'un médicament comporte plus de risques que de bénéfices
 - Le traitement est uniquement préventif, il n'apporte pas de bienfait sur des symptômes et peut conduire à des effets indésirables appréciables
 - Les objectifs du traitement ne sont pas en lien avec les objectifs de vie
 - Il y a présence d'effets indésirables importants

Quels médicaments cibler?

- Le choix ne peut être fait de manière isolée
 - Implication active de la personne, de la famille, de l'équipe soignante
- Le choix doit se fonder sur une approche individuelle
 - Santé globale de la personne
 - Objectifs de traitement
 - Adhésion aux traitements
 - Effets indésirables ressentis

Prêt pour la déprescription?

- Notre sondage au Québec montre que 72% sont d'accord si leur médecin dit que c'est possible¹.
- Surtout dans les situations où:
 - Sentiment de prendre trop de médicaments
 - Présence d'effets indésirables
 - Perception que certains médicaments ne sont plus requis

¹ Sirois et al. Res Social Adm Pharm 2017;13(4):864-70

Question 7

- Que devrais-je faire si je me questionne sur le nombre ou le type de médicaments que je prends?

Quoi faire?

- Discuter avec son professionnel de la santé: médecin, pharmacien, infirmière, travailleur social...
- **NE JAMAIS CESSER UN PRODUIT DE VOTRE PROPRE-CHEF SANS CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

Documents intéressants à consulter sur le web

- Documents d'information indiquant comment cesser certains médicaments (brochures EMPOWER)

<http://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/depliants-dinformation-sur-la-deprescription/>

- Sédatifs-hypnotiques
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Sulfonylurées
- Antipsychotiques
- Antihistaminiques



Un danger vous guette Soyez vigilant

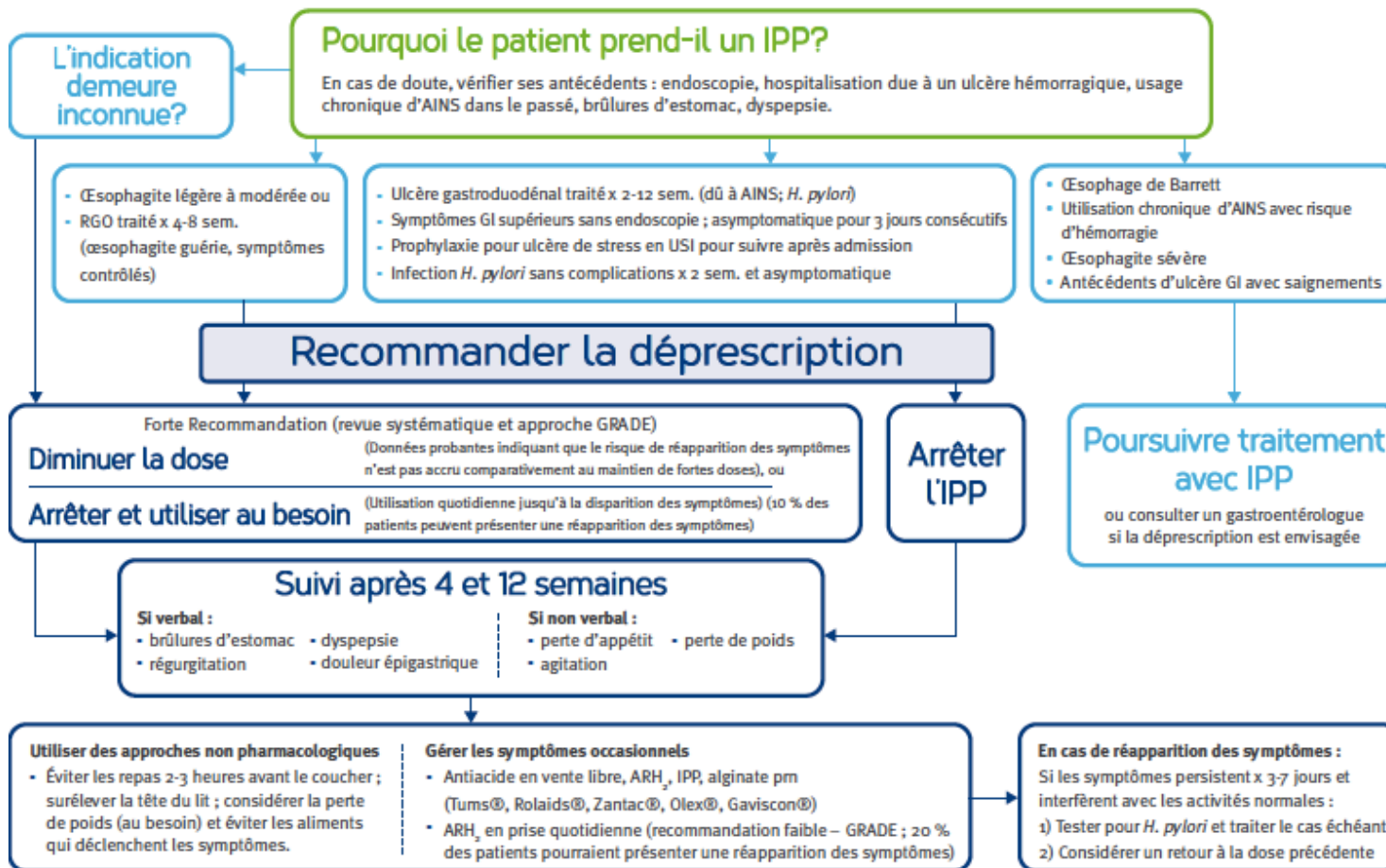
Vous prenez un sédatif-hypnotique

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam (Xanax®) | <input type="checkbox"/> Diazépam (Valium®) | <input type="checkbox"/> Quazépam |
| <input type="checkbox"/> Chlorazépate | <input type="checkbox"/> Estazolam | <input type="checkbox"/> Temazépam (Restoril®) |
| <input type="checkbox"/> Chlordiazépoxyde | <input type="checkbox"/> Flurazépam | <input type="checkbox"/> Triazolam (Halcion®) |
| <input type="checkbox"/> Chlordiazépoxyde-amitriptyline | <input type="checkbox"/> Loprazolam | <input type="checkbox"/> Eszopiclone (Lunesta®) |
| <input type="checkbox"/> Clidinium-Chlordiazépoxyde | <input type="checkbox"/> Lorazépam (Ativan®) | <input type="checkbox"/> Zaleplon (Sonata®) |
| <input type="checkbox"/> Clobazam | <input type="checkbox"/> Lormétazépam | <input type="checkbox"/> Zolpidem (Ambien®, Intermezzo®, Edluar®, Sublinox®, Zolpimist®) |
| <input type="checkbox"/> Clonazépam (Rivotril®, Klonopin®) | <input type="checkbox"/> Nitrazépam | <input type="checkbox"/> Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) |
| <input type="checkbox"/> Oxazépam (Serax®) | | |

Déprescription

- Des informations sur le thème de la déprescription sont disponibles sur le site de l'Ontario Pharmacy Research Collaboration (OPEN) : <http://www.open-pharmacy-research.ca/research-projects/emerging-services/deprescribing-guidelines>.
- Notamment, des protocoles de déprescription y sont accessibles

deprescribing.org | Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)



© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence Internationale Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 4.0.
Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farrall B, Pottle K, Thompson W, Boghossian T, Pirzola L, Rashid J, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. (2015). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing proton pump inhibitors. Unpublished manuscript.



deprescribing.org

INSTITUT DE MÉDECINE

Bruyère



open





Disponibilité de l'IPP

IPP	Dose standard (guérison) (1 fois/jour)*	Faible dose (maintien) (1 fois/jour)
Oméprazole (Losec®) - Gélule	20 mg ^a	10 mg ^a
Esoméprazole (Nexium®) - Comprimé	20 ^a ou 40 ^b mg	20 mg
Lansoprazole (Prevacid®) - Gélule	30 mg ^a	15 mg ^a
Dexlansoprazole (Dexilant®) - Comprimé	30 ^c ou 60 ^d mg	30 mg
Pantoprazole (Tecta®, Pantoloc®) - Comprimé	40 mg	20 mg
Rabéprazole (Pariet®) - Comprimé	20 mg	10 mg

Légende

- a** Reflux gastro-œsophagien non érosif
 - b** Œsophagite secondaire au reflux
 - c** Reflux gastro-œsophagien symptomatique non érosif
 - d** Œsophagite érosive en voie de guérison
 - + Peut être saupoudré sur les aliments
- * Dose standard d'IPP à prise BID seulement indiqué pour le traitement de l'ulcère peptique causé par *H. pylori*; la prise d'IPP devrait généralement être arrêtée lorsque la thérapie d'éradication est complétée, à moins de présence de facteurs de risque nécessitant la poursuite de la prise d'IPP (consulter les lignes directrices pour les détails).

Acronymes

- RGO** : reflux gastro-oesophagien
- AHR₂** : Antagoniste du récepteur H₂
- GRADE** : Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
- AINS** : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Participation des patients et soignants/aidants naturels

Les patients et/ou les soignants seront plus aptes à s'engager dans la déprescription s'ils en comprennent les raisons (risques liés à l'usage continu de l'IPP ; thérapie à long terme non nécessaire) et le processus.

Effets secondaires des IPP

- Lorsque l'indication n'est pas claire, les risques d'effets secondaires peuvent surpasser les bénéfices potentiels.
- Les IPP ont été associés à un risque accru de fractures, infections à *C. difficile* et diarrhées, pneumonie d'origine communautaire, carence en vitamine B12 et hypomagnésémie.
- Les effets secondaires courants incluent : maux de tête, nausées, diarrhées, éruptions cutanées.

Réduction des doses

- Aucune donnée n'indique qu'une approche de réduction des doses est supérieure à une autre.
- La réduction des doses d'IPP (p.ex. de 2x à 1x/jour, moitié de dose, prise un jour sur deux) OU l'arrêt de l'IPP et son utilisation au besoin sont toutes des options fortement recommandées.
- Choisir ce qui convient le mieux au patient, ce qui lui paraît le plus acceptable.

Prise au besoin : définition

La prise quotidienne de l'IPP pendant une période suffisante à la disparition des symptômes liés au reflux, après quoi la prise d'IPP par l'individu est arrêtée. Si les symptômes réapparaissent, recommencer la prise quotidienne du médicament jusqu'à disparition des symptômes.

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission. Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 4.0. Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farré B, Pottier K, Thompson W, Boghosstan T, Pizzola L, Rashid J, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. (2015). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing proton pump inhibitors. Unpublished manuscript.





Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
- **Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans** : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
- **Entre 18-64 ans** : prise de BZRA > 4 Semaines

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Impliquer les patients (Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. ~25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie
Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes :

Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme. Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0.
Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Unpublished manuscript.





Disponibilité des BZRA

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) †	0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg
Bromazépam (Lectopam®) †	1,5 mg 3 mg 6 mg
Chlordiazépoxide (Librax®) c	5 mg 10 mg 25 mg
Clonazépam (Rivotril®) †	0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg
Clorazépate (Tranxene®) c	3,75 mg 7,5 mg 15 mg
Diazépam (Valium®) †	2 mg 5 mg 10 mg
Flurazépam (Dalmane®) c	15 mg 30 mg
Lorazépam (Ativan®) †,s	0,5 mg 1 mg 2 mg
Nitrazépam (Mogadon®) †	5 mg 10 mg
Oxazépam (Serax®) †	10 mg 15 mg 30 mg
Temazépam (Restoril®) c	15 mg 30 mg
Triazolam (Halcion®) †	0,125 mg 0,25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) †	5 mg 7,5 mg
Zolpidem (Sublinox®) s	5 mg 10 mg

T = comprimé, C = capsule, S = comprimé sublingual

Effets secondaires des BZRA

- Les BZRA ont été associés à :
 - dépendance physique, chutes, troubles de la mémoire, démences, incapacités fonctionnelles, sédation diurne et accidents de la route
- Risques accrus chez les personnes âgées

Participation des patients et des soignants

Les patients doivent comprendre :

- Les raisons justifiant la déprescription (risques liés à l'usage continu de BZRA, efficacité réduite à long terme)
- Des symptômes de sevrage (insomnie, anxiété) peuvent se manifester, mais ils sont habituellement légers, passagers et de court terme (quelques jours à quelques semaines)
- Ils font partie du plan de réduction des doses, et peuvent contrôler le rythme de réduction, ainsi que sa durée.

Réduction des doses

- Aucune donnée publiée ne montre que le changement vers un BZRA à action prolongée réduit l'incidence des symptômes de sevrage ou que cela est plus efficace que la réduction des doses d'un BZRA à action plus brève.
- Si les formes posologiques ne permettent pas une réduction de 25 %, envisager d'abord une réduction de 50 %, en intégrant des jours sans médicaments pendant la dernière partie du plan de réduction, ou utiliser le lorazépam ou oxazépam lors des dernières étapes.

Approche non-pharmacologique

Soins primaires :

1. Aller se coucher seulement lorsqu'on a sommeil
2. Utiliser le lit ou la chambre à coucher uniquement pour dormir (ou pour les activités intimes)
3. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le coucher ou après un réveil, il est conseillé de sortir de la chambre à coucher.
4. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le retour au lit, répéter l'étape 3.
5. Utiliser l'alarme pour se réveiller à la même heure chaque matin
6. Ne pas faire de sieste
7. Éviter la caféine l'après-midi
8. Éviter l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux dans les deux heures précédant le coucher

Soins institutionnels :

1. Ouvrir les rideaux pendant le jour pour maximiser l'entrée de lumière
2. Minimiser le volume des alarmes
3. Augmenter l'activité pendant le jour et éviter le sommeil diurne
4. Réduire le nombre de siestes (pas plus de 30 min, pas de sieste après 14 h)
5. Le soir, offrir un breuvage chaud décaféiné ou du lait chaud
6. Limiter la prise de nourriture, de caféine et l'usage du tabac avant le coucher
7. Demander au résident d'aller à la toilette avant d'aller se coucher
8. Encourager des heures de coucher et de réveil régulières
9. Éviter les réveils pendant la nuit pour les soins directs
10. Offrir des massages légers et des massages du dos

Utiliser la TCC

Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)?

- La TCC comprend 5-6 séances éducatives sur le sommeil et l'insomnie, le contrôle des stimuli, la restriction du sommeil, l'hygiène du sommeil, un entraînement à la relaxation et du soutien.

Est-ce que ça fonctionne?

- Plusieurs études ont démontré que la TCC améliore le sommeil, avec des effets soutenus à long terme.

Qui peut dispenser la TCC?

- Les psychologues cliniciens dispensent habituellement la TCC. D'autres intervenants peuvent aussi être formés ou offrir des séances de renseignements sur certains aspects de la TCC; des programmes d'autothérapie sont aussi disponibles.

Où les fournisseurs de soins et les patients peuvent-ils obtenir davantage d'informations à ce sujet?

- Quelques ressources sont suggérées sur ce site : <http://sleepwellns.ca/>

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 4.0.
Contact : deprescribing@bruyere.org ou visitez le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Pattie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016).
Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Unpublished manuscript.



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère



Déprescription

- Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD)
- <http://deprescribing.org/caden/>

Déprescription

- Pour aider à cibler des produits à déprescrire, on peut utiliser un site web canadien : <http://medstopper.com>
- Priorise la déprescription selon les risques des médicaments et leurs bénéfices possibles
- Suggère méthode de sevrage et détaille si le produit fait partie des critères de Beers ou STOPP

http://medstopper.com



MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.

1 Frail elderly?

2 Generic or Brand Name:

3 Select Condition Treated:

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
lorazepam	Ativan	insomnia	ADD










◀ Previous Next ▶

MedStopper Plan

Arrange medications by: Stopping Priority

CLEAR ALL MEDICATIONS

PRINT PLAN

Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/ STOPP Criteria
	lorazepam (Ativan) / Benzodiazepine / insomnia				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	rebound insomnia, tremor, anxiety, as well as more serious, rare manifestations including hallucinations, seizures, and delirium	Details
	pantoprazole (Protonix, Pantoloc) / Proton pump inhibitor / unknown				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 50% every 1 to 2 weeks. Once at 25% of the original dose and no withdrawal symptoms have been seen, stop the drug. If any withdrawal symptoms occur, go back to approximately 75% of the previously tolerated dose.	return of symptoms, heartburn, reflux	Details
	propranolol (Inderal) / Beta-blocker / angina				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 50% every 1 to 2 weeks. Once at 25% of the original dose and no withdrawal symptoms have been seen, stop the drug. If any withdrawal symptoms occur, go back to approximately 75% of the previously tolerated dose.	chest pain, pounding heart, heart rate, blood pressure (re-measure for up to 6 months), anxiety, tremor	Details

En somme: comment s'assurer d'avoir une
thérapie optimale?

Une liste de cinq principes!

Comment s'assurer d'avoir une thérapie optimale?

Principe 1. Revoir la liste complète de vos médicaments avec votre pharmacien et / ou votre médecin

- Idéalement au moins une fois par année

Comment s'assurer d'avoir une thérapie optimale?

Principe 2. Discuter de la possibilité de cesser les médicaments qui n'ont pas de bénéfices

- Songer à retirer les médicaments *au besoin* qui n'ont pas été utilisés depuis un mois
- Tenter de minimiser le nombre de médicaments utilisés : la polymédication est la cause la plus importante d'interactions et d'effets indésirables

Comment s'assurer d'avoir une thérapie optimale?

Principe 3. Considérer tout nouveau signe ou symptôme comme un effet indésirable

- Ne pas ajouter de médicament pour combattre un effet indésirable (prévenir les cascades médicamenteuses)

Comment s'assurer d'avoir une thérapie optimale?

Principe 4. Si un médicament est véritablement nécessaire pour traiter une maladie, vous assurer que le produit qu'on vous prescrit est:

- le plus efficace
- le plus sécuritaire
- celui dont la posologie est la plus simple
- celui qui correspond à vos besoins (préférence, coûts...)

- **Demandez une date de fin ou une description des conditions qui justifieraient la cessation de la thérapie**

Comment s'assurer d'avoir une thérapie optimale?

Principe 5. Ne jamais banaliser la médication, même celle qui semble inoffensive

- Tout médicament peut causer des effets indésirables et des interactions

5 éléments à retenir

- La polymédication est fréquente et peut être associée à des effets néfastes sur la santé
- En vieillissant notre organisme change et certains médicaments peuvent devenir moins adaptés
- On doit s'assurer que tous les médicaments que l'on prend sont appropriés – il ne faut pas avoir peur de poser des questions!
- La déprescription peut être utile et efficace si elle est faite de façon adéquate en collaboration avec l'équipe soignante
- Les médicaments sont d'extraordinaires outils pour demeurer en santé, mais la modération a toujours meilleur goût!

Questions!



[Circular 3D Question Mark With Black Background](#) by [GDJ](#) sous licence: [Creative Commons CC BY-SA 3.0](#).