



Quels médicaments déprescrire en priorité chez le sujet âgé ?

- ◆ *Dr F. Schmitt - EHPAD Debrou, Joué les Tours*
- Dr P. Blanc - CHR Orléans*





Déprescrire ?

Réduire les médicaments de façon sécuritaire pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient

À un certain moment, la prise de médicaments qui étaient auparavant bons pour le patient doit être réévaluée.

La déprescription est un processus qui consiste en la planification de la réduction ou de l'arrêt de médicaments qui n'ont plus d'effets positifs, ou qui peuvent être nocifs. Le but est de réduire la charge en médicaments ou leurs effets nocifs, et d'augmenter la qualité de vie.



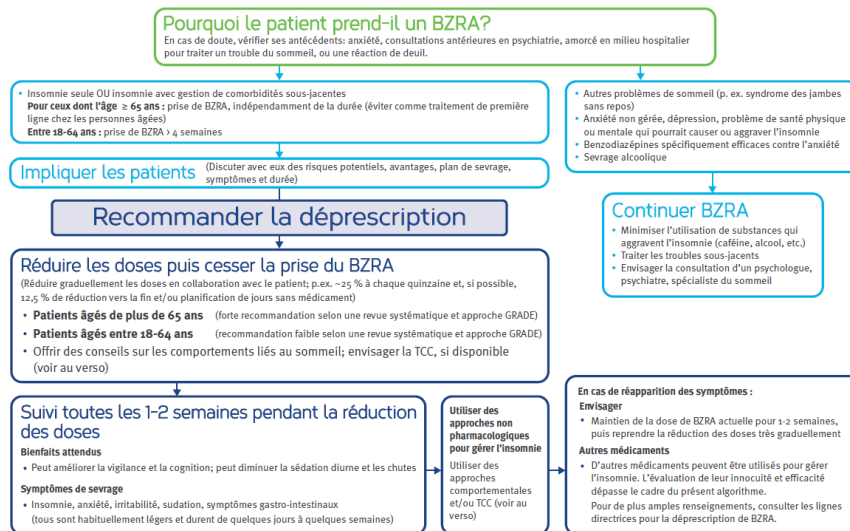
La déprescription au Canada

■ Création d'un réseau canadien pour la déprescription

- Fiches d'informations sur la déprescription
- Algorithme de déprescription
- Brochures d'informations destinées aux patients sur les risques de certaines classes médicamenteuses



deprescribing.org | Algorithme de déprescription des benzodiazépines et "Z-drugs" (BZRA) Mars 2016



deprescribing.org | Déprescription des benzodiazépines et "Z-drugs" (BZRA) - Notes Mars 2016

Disponibilité des BZRA

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ¹	0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg
Bromazépam (Lectopam®) ¹	1,5 mg, 3 mg, 6 mg
Chlordiazépoxide (Librax®) ²	5 mg, 10 mg, 25 mg
Clonazépam (Rivotril®) ¹	0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg
Clonazépate (Tranxenon®) ³	3,25 mg, 7,5 mg, 15 mg
Diazépam (Valium®) ¹	2 mg, 5 mg, 10 mg
Flurazépam (Dalmiane®) ²	15 mg, 30 mg
Lorazépam (Ativan®) ^{1,4}	0,5 mg, 1 mg, 2 mg
Nitrazépam (Megadon®) ¹	5 mg, 10 mg
Oxazépam (Serax®) ¹	10 mg, 15 mg, 30 mg
Temazépam (Restoril®) ²	15 mg, 30 mg
Triazolam (Halcion®) ¹	0,125 mg, 0,25 mg
Zopiclone (Imovane®), Rhovane® ¹	5 mg, 7,5 mg
Zolpidem (Sublinx®) ¹	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, dépressions, 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 courte durée (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 cognitive-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://sleepwells.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 Commerciale ShareAlike 4.0. Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements. Pottier K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Fernald B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Unpublished manuscript.



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





La déprescription au Canada

Méthodologie canadienne

- Obtention d'un consensus parmi les médecins
- Mobilisation et participation des professionnels paramédicaux à l'initiative de déprescription
- Identifier les patients concernés à l'aide du dossier médical électronique
 - exemple :« Envisagez la déprescription des IPP » dans tous les dossiers des patients actifs (visite au cours des trois dernières années) qui ont dans leur liste de médicaments actuels un IPP prescrit depuis plus de 12 mois.
- Appui sur un **algorithme** clinique de déprescription avec conseils de suivi des patients
- Mesurer l'efficacité



- IPP
- Benzodiazépines
- Antipsychotiques
- Antidiabétiques

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian 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.

Et chez nous ???



Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2017

RÉSUMÉ

● Pour aider à choisir des soins de qualité, et éviter des dégâts, nous avons mis à jour début 2017 le bilan des médicaments que Prescrire conseille d'écarter pour mieux soigner.

● L'évaluation par Prescrire de la balance bénéfices-risques d'un médicament dans une situation donnée repose sur une procédure rigoureuse : recherche documentaire méthodique et reproductible, détermination de critères d'efficacité pertinents pour les patients, hiérarchisation des données scientifiques selon leur niveau de preuve, comparaison versus traitement de référence, prise en compte des effets indésirables et de leur part d'inconnues.

● Pour cette cinquième année de publication, nous avons élargi ce bilan à l'ensemble des médicaments analysés par Prescrire entre 2010 et 2016 et autorisés dans l'Union européenne. Dans les bilans précédents, nous nous étions limités à ceux commercialisés en France. Cette analyse a recensé 81 médicaments (dont 82 commercialisés en France) dont la balance bénéfices-risques est défavorable dans toutes les situations cliniques pour lesquelles ils sont autorisés en France ou dans l'Union européenne.

● Le plus souvent, quand un traitement médicamenteux apparaît souhaitable, d'autres options ont une meilleure balance bénéfices-risques que ces médicaments à écarter.

● En situation d'imposée thérapeutique dans une maladie grave, il n'est pas justifié d'exposer les

patients à des risques graves, quand l'efficacité clinique n'est pas démontrée. L'utilisation de ces médicaments dans le cadre d'une recherche clinique peut être acceptable, mais à condition d'informer les patients des inconnues sur la balance bénéfices-risques et d'une utilité de l'évaluation. Dans les autres cas, mieux vaut se concentrer sur des soins utiles pour aider le patient à supporter l'absence d'opinion capable de changer la perspective de l'absence de qualité de vie au-delà de l'effet placebo. *Rev Prescrire 2017 ; 37 (400) : 127-148*

Pour la cinquième année consécutive, Prescrire publie un bilan "des médicaments à écarter pour mieux soigner" (1,2). Ce bilan recense des cas flagrants de médicaments plus dangereux qu'utililes, à écarter des soins. L'objectif est d'aider à choisir des soins de qualité, pour d'abord ne pas nuire aux patients et pour éviter des dégâts.

Le résultat d'une méthode fiable, rigoureuse, indépendante

Sur quelles données repose ce bilan des médicaments à écarter ? Quelle est notre méthode pour déterminer la balance bénéfices-risques d'un médicament ?

Ce bilan porte sur les médicaments dont l'analyse détaillée a été publiée dans Prescrire au cours des années 2010 à 2016, soit 7 années. Il s'agit d'analyses de nouvelles spécialités pharmaceutiques, de nouvelles indications, de mises à l'évaluation, tant sur les effets indésirables que sur les données d'efficacité, et parfois de réactualisations de don-

LA REVUE Prescrire • Février 2017 • Tome 37 N° 400 • Pages 127
Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2017
Copyright Prescrire. Usage personnel exclusivement

- Principaux outils et listes disponibles qui permettent de détecter les médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées

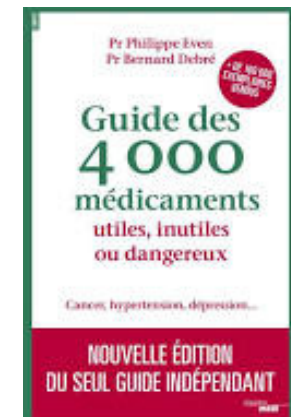
- Critères de Beers (1991)
- Liste de Laroche et Al
- Critères START/STOPP (2008)

STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée

Pierre-Olivier Lang, MD, MPH, PhD^{1,2}, Yasmine Hasso, MD³, Joël Belmin, MD⁴, Isabelle Payot, MD⁵, Jean-Pierre Baeyens, MD⁶, Nicole Vogt-Ferrier, MD⁷, Paul Gallagher, MB MRCPI⁸, Denis O'Mahony, MD, FRCPI, FRCP⁸, Jean-Pierre Michel, MD¹

<http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2095/2038>

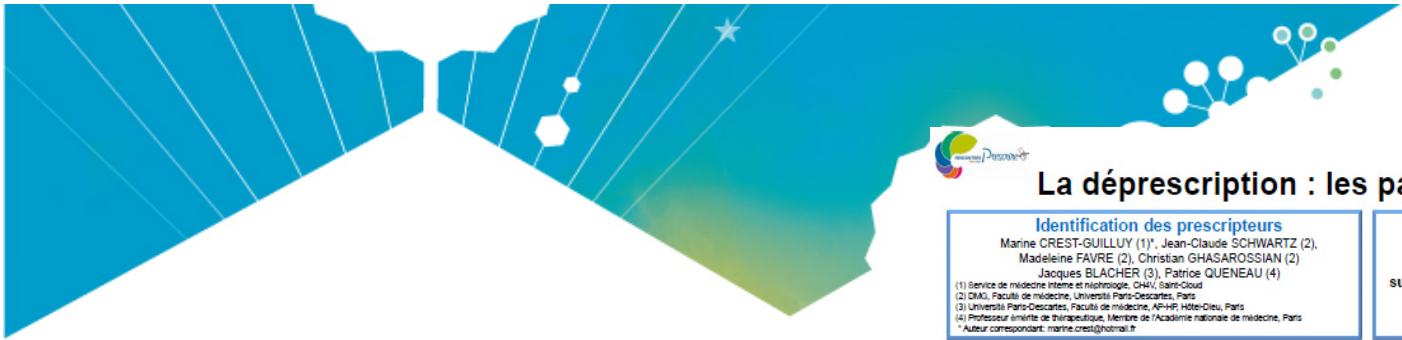
Rev can santé publique 2009;100(6):426-31.



- Mais... **point d'information de l'ANSM** en 2013 à propos des listes de médicaments utiles, inutiles, voire dangereux :

- « Ces listes émises à titre personnel indépendamment des autorités sanitaires ne font pas référence »
- « l'ANSM met en garde sur le risque de déstabilisation et de confusion que ce type de liste peut provoquer chez les patients »

Un consensus médical ??



La déprescription : les patients sont-ils prêts?

Identification des prescripteurs
 Marine CREST-GUILLY (1)*, Jean-Claude SCHWARTZ (2),
 Madeleine FAVRE (2), Christian GHASAROSSIAN (2),
 Jacques BLACHER (3), Patrie QUENEAU (4)

(1) Service de médecine interne et néphrologie, CHU, Saint-Cloud
 (2) CHU, Faculté de médecine, Université Paris-Descartes, Paris
 (3) Université Paris-Descartes, Faculté de médecine, AP-HP, Hôpital-Dieu, Paris
 (4) Professeur émérite de thérapieutique, Membre de l'Académie nationale de médecine, Paris
 * Auteur correspondant: marine.crest@hotmail.fr

Identification du contexte
 Mieux prescrire = enjeu de santé publique
DEPRESCRIRE :
 supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux
Les médecins affirment que les patients participent aux freins à la déprescription ...

Identification des patients
 Patients majeurs consultant leur MG, pour tous motifs confondus.
 Polyprescription chronique (> 4 médicaments / j)
 Recrutement aléatoire : par IMG en stage. 2 patients / j, jusqu'à saturation des réponses.

Objectif : Les patients sont-ils un réel frein à la déprescription ?

METHODOLOGIE

Etude qualitative, entretiens individuels semi-directifs.

RESULTATS

Analyse finale sur 28 patients (Tableau 1) / 3 thèmes.

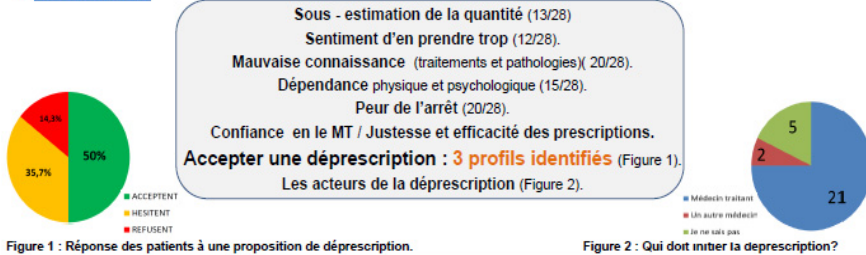
1. Le traitement et les médicaments
2. Les prescriptions du médecin traitant
3. La déprescription

Sexe	Nombre	Age moyen	Patients vivants seuls	Nombre estimé de médicaments pris par jour	Nombre réel de médicaments pris par jour
F	16	73,0 (+/- 12,8)	9	6,4	7,6 (+/- 1,8)
M	12	71,5 (+/- 11,8)	6	7,3	7,7 (+/- 1,7)
Total	28	72,4 (+/- 12,1)	15	6,8	7,7 (+/- 1,7)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population globale.

Les PATIENTS proposent :

- **Projet commun** médecin/patient.
- **Former** les médecins / oser déprescrire.
- Des **alternatives non-médicamenteuses**.
- Encourager et accompagner les patients.
- Gérer la dépendance et le sevrage.
- **Impliquer** les aidants et tous professionnels de santé.



Les patients accueillent favorablement l'idée de déprescription !

« Oui on peut diminuer le nombre des médicaments », mais « à certaines conditions. »

DISCUSSION

Patients qui acceptent la déprescription = majoritaires

Jeunes, volontaires, dynamiques et entourés. Non-dépendants de leurs médicaments.

Patients qui hésitent

Immatures, inconscients et sans esprit critique. Dépendants de leur traitement.

Patients qui refusent = minoritaires

Agés, isolés, anxieux. Dominés par leurs médicaments.

OBSTACLES à la déprescription :

- Mauvaise compréhension du concept.
- Effet rebond des symptômes et syndrome de sevrage.
- Efforts à fournir.
- Manque de soutien de l'entourage et/ou du MT.
- Manque de connaissance des traitements et pathologies.

Les PATIENTS proposent :

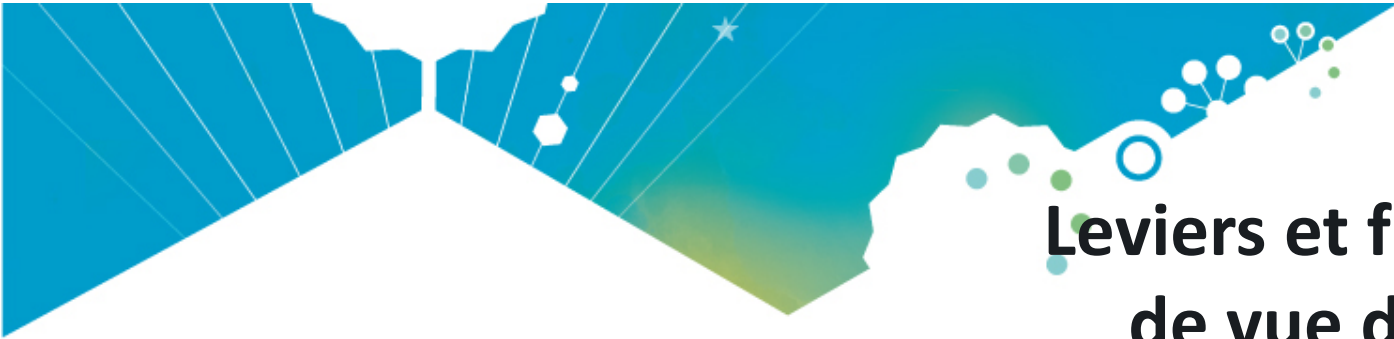
- **Projet commun** médecin/patient.
- **Former** les médecins / oser déprescrire.
- Des **alternatives non-médicamenteuses**.
- Encourager et accompagner les patients.
- Gérer la dépendance et le sevrage.
- **Impliquer** les aidants et tous professionnels de santé.

CONCLUSION

« Projets de Déprescription Personnalisée » - Consultations spéciales « Déprescription »
 « Trop de médicaments ? Parlez-en à votre médecin. »
 « Le médicament n'est pas le seul traitement. Parlez-en à votre médecin. »
 « Le docteur n'est pas le seul acteur. Vous aussi, réagissez ! »

Bibliographie: Cico P, Le Breton J. Etude Polypresc. Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Philosophie et Organisation des Soins, 2006, vol. 40, n°3 / Quevenou P, Ducoul J. Quand déprescrire les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? Bull. Acad. Natl. Méd., 2007, 191, no 2, 271-286 / Quevenou P. La thérapieutique est aussi la science et l'art de « déprescrire ». Presse Méd., 2004, 33 (9), 903-9 / Astier E, Paré C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs médicaments. 2007, 191, no 2, 271-286 / Mounier G, P. Thérapieutique et déprescription. Médecine Journal of Clinical Pharmacology, 1994, 33(10), 795-796 / Pichard J, Chabrier M. Thérapieutique médicale et...

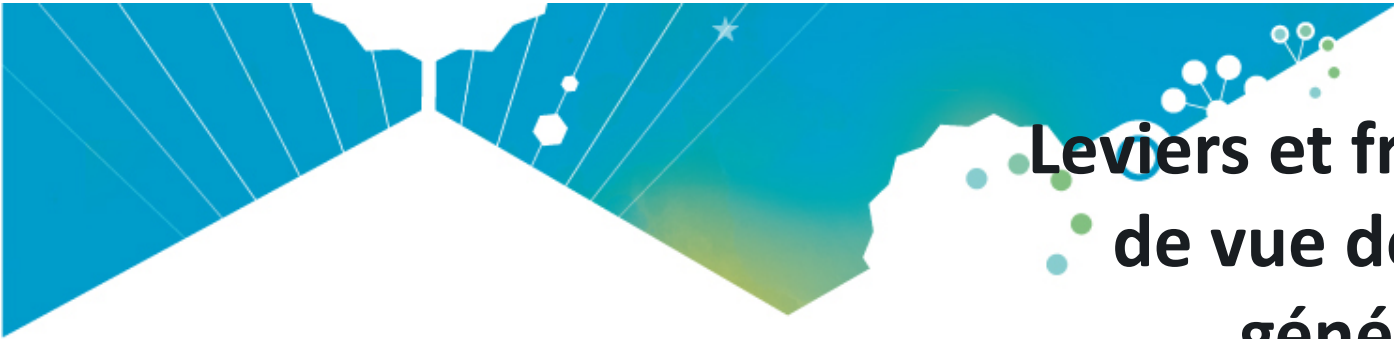
Source : Marine Guilluy Crest, « La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription », Thèse de doctorat en médecine générale, sous la direction du Dr Jean-Claude Schwartz, Paris, Université Paris Descartes, 2012



Leviers et freins : le point de vue de médecins généralistes

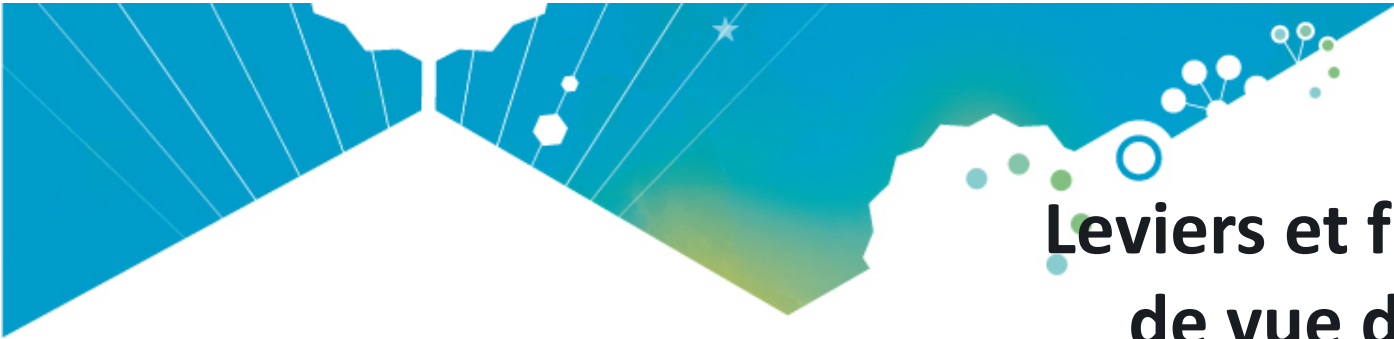
- « La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué : Expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie »
 - Céline Boufflet, Thèse de doctorat en médecine générale, sous la direction du Dr Yan Zborowska, Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2016
- Etude qualitative
 - 12 médecins généralistes en Picardie





Leviers et freins : le point de vue de médecins généralistes

Type de facteurs	Leviers	Freins
Liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfice attendu pour le patient - Patient demandeur - Grand âge 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus du patient - Ambivalence - Perception rassurante du médicament - Patients poly-pathologiques vs. recommandations mono-pathologiques
Liés au médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'efficacité - Influence positive de la formation médicale - Influence positive de la jeune génération de médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps - « Obstacle déontologique » (prescripteur différent) - Habitude - Manque de formation
Liés à la relation médecin-patient		<ul style="list-style-type: none"> - Peur de la perte de crédibilité - Peur de provoquer un sentiment d'abandon chez le patient - Peur du conflit voire du départ du patient - Peur de la rupture de l'alliance thérapeutique



Leviers et freins : le point de vue de médecins généralistes

Type de facteurs	Leviers	Freins
Liés au médicament	<ul style="list-style-type: none">- Eviction d'effets indésirables	<ul style="list-style-type: none">- Risques liés à la déprescription- Peur de rompre l'équilibre thérapeutique- Psychotropes, médicaments symptomatiques
Autre	<ul style="list-style-type: none">- Réduction des dépenses de santé	<ul style="list-style-type: none">- Difficultés de surveillance post-déprescription- Manque de recommandations

Source : Céline Boufflet, « La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué : Expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie », Thèse de doctorat en médecine générale, sous la direction du Dr Yan Zborowska, Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2016





Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ?

Patrice Queneau, Jean Doucet, François Paille, Bull. Acad. Natle Méd., 2007

- **Médicaments à risques fréquents et graves** (cardio-vasculaires, anticoagulants, AINS, hypoglycémiants, psychotropes...)
- **Médicaments à risques majorés par le contexte pathologique** (insuffisances rénale, cardiaque, respiratoire, hépatique, mais aussi démences et confusions, concernant les psychotropes, les anticholinergiques, voire les antalgiques à action centrale...)
- **Classes thérapeutiques ou associations médicamenteuses particulièrement dangereux** (diurétiques, AVK, bêta-bloquants, AINS, antidiabétiques, anxiolytiques, opioïdes...)
- **Médicaments inappropriés** (neuroleptiques au long cours et/ou « cachés », benzodiazépines à demi-vie longue,...), **associations antagonistes** (bêta-bloquants et bêta-stimulants ; anticholinestérasique et anticholinergique...), **profils pharmacologiques à éviter chez les personnes âgées** : demi-vie longue, métabolite actif, forte fixation protéique chez les patients dénutris, **certaines formes galéniques inappropriées** par rapport aux handicaps des patients (gouttes...).





Des publications récentes

« les IPP sont souvent surprescrits, rarement déprescrits et fréquemment débutés de façon inappropriée durant une hospitalisation et leur utilisation se prolonge à long terme sans indication médicale appropriée. »

- Ils pourraient être associés à une augmentation du risque de décès

BMJ Open Risk of death among users of Proton Pump Inhibitors: a longitudinal observational cohort study of United States veterans 2017;7:e015735. doi:10.1136/bmjopen-2016-015735

Yan Xie,¹ Benjamin Bowe,¹ Tingting Li,^{1,2} Hong Xian,^{1,3} Yan Yan,^{1,4} Ziyad Al-Aly^{1,2,5,6}

- Risque mortalité IPP / anti-H2 : +25% et risque lié à la durée du ttt
- IPP associés au risque de maladie rénale, de démence, d'infection à *Clostridium difficile*, de fracture, de pneumonie ...



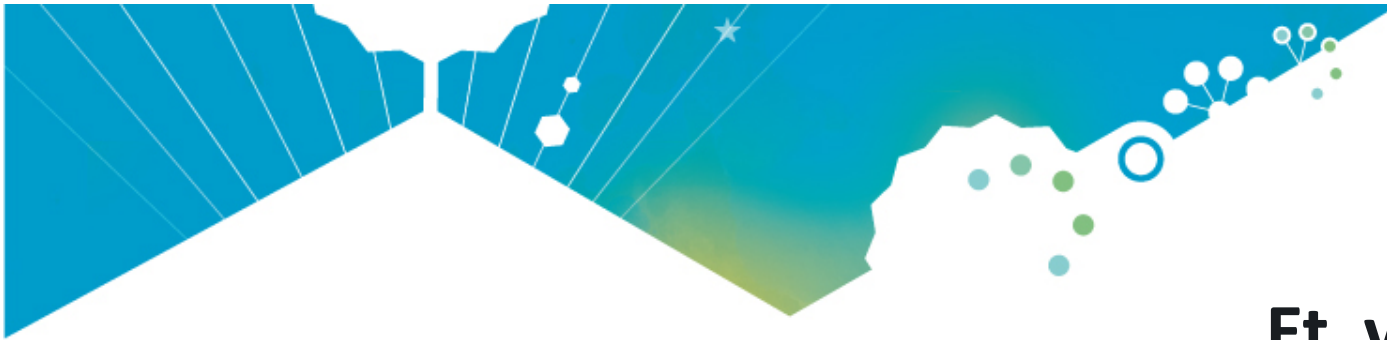
IPP + aspirine en prévention après 75 ans : plus de danger que de bénéfice ?

« Dans cette tranche d'âge, les saignements ont plus de probabilité d'être invalidants que les AVC. La prescription d'antiplaquettaires sur le long terme qui doit être revue »

- Il faut éviter de prescrire de l'aspirine à long terme après un AVC ou un IDM et arrêter de co-prescrire des IPP inutilement, qui ne sont pas exempts de risques.
- Les IPP préviennent les saignements gastro-intestinaux mais pas les autres, notamment les plus graves à savoir les hémorragies intracrâniennes.

Rothwell P. et coll. Age-specific risks, severity, time course, and outcome of bleeding on long-term antiplatelet treatment after vascular events: a population-based cohort study. Lancet. 13 juin 2017.

Diener H.-C. Preventing major gastrointestinal bleeding in elderly patients. Lancet. 13 juin 2017.



Et vous ?

Dans votre pratique

- Quelle approche ?
- Quels outils ?
- Freins et leviers ?

