

# La déprescription chez les aînés: Pourquoi, quand et comment ?

Olivier Massé et Louise Papillon-Ferland  
Congrès annuel APPSQ - 27 septembre 2024  
Boucherville, Québec

# Présentation et conflits d'intérêts - Olivier

- Pharmacien au CIUSSS du NIM depuis 2023
  - Soins ambulatoires, GMF-U SC
  - Unité de courte durée gériatrique, HSCM
- Conflits d'intérêts
  - Aucun lien (quel qu'il soit) avec l'industrie pharmaceutique
  - Co-animateur des baladodiffusions Le Pharmascope
  - J'ai reçu des honoraires de révision/présentation/rédaction de plusieurs organisations dans les deux dernières années
    - Ensemble IQ (Québec Pharmacie)
    - CPD Network
    - APES
    - FMOQ
    - Faculté de médecine, UdeM & Faculté de pharmacie, UdeM
    - Association des omnipraticiens de la Haute-Yamaska
    - Pharmascope Inc

# Présentation et conflits d'intérêts - Louise

- Pharmacienne - Clinique d'évaluation gériatrique à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CCSMTL)
- Professeure adjointe de clinique - Faculté de pharmacie (UdeM)
- Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation.
- Honoraires ou subventions reçus des organismes suivants (2022-2024) :
  - Chaire pharmaceutique Michel Saucier en santé et vieillissement
  - Les Alliés de la Faculté de pharmacie - Université de Montréal
  - Inven-T – Université de Montréal
  - Association des pharmaciens en établissements de santé du Québec
  - Le Médecin du Québec
  - McGill (Department of Family Medicine/Faculty of Medicine and Health Science)
  - Pharmascience
  - Académie Brunet-Coutu

# Objectifs

- Sélectionner les patients à prioriser pour initier un processus de déprescription
- Identifier des opportunités de déprescription chez l'aîné
- Illustrer la démarche de déprescription chez l'aîné à l'aide de cas-patients

# Introduction

- Polypharmacie en ↑ chez les aînés en Occident
  - $\geq 5$  ou 10 Rx selon la définition utilisée
  - $\geq 10$  Rx : 40% chez les 75-84 ans et 50% chez les  $\geq 85$  ans au Qc
- Risques de la polypharmacie
  - Interactions et non-adhésion aux Rx
  - Associée à plusieurs issues cliniques défavorables : déficits cognitifs, chutes, fragilité, hospitalisation, mortalité
- ↑ Polypharmacie... ↑ Rx potentiellement inappropriés
  - Ce sont des Rx qu'il est préférable d'éviter en général et encore plus dans certaines situations précises, surtout chez les  $\geq 65$  ans
  - Utilisation au Qc (BZD, IPP, SFN, antipsychotiques) : 50% chez les  $\geq 65$  ans
    - Liste non-exhaustive

**« DEPRESCRIBING IS AN ESSENTIAL  
PART OF GOOD PRESCRIBING »**

**- Barbara Farrell**

# Définissons la déprescription

- Déprescription : Processus collaboratif de réévaluation des avantages et des inconvénients d'un médicament dans le contexte des objectifs de soins de l'aîné, de sa fragilité, de son espérance de vie, de ses valeurs et préférences, etc.
  - Ce processus est un processus de décision partagée
  - Objectif ≠ retirer des Rx = ↑ la qualité de vie et ↓ les risques médicamenteux
  - Dans ce processus, parfois, on peut aussi ajouter des Rx ☺
- Bénéfices de la déprescription...
  - ↓ polypharmacie et ↓ Rx potentiellement inappropriés
  - ↓ problèmes de pharmacothérapie (interactions, effets indésirables)
  - Résultats inconstants sur les issues cliniques, mais peu d'études avec une taille d'échantillon suffisante et un suivi suffisamment long...

# Définissons la déprescription

- Déprescription : Processus collaboratif de réévaluation des avantages et des inconvénients d'un médicament en fonction des objectifs de soins de l'aîné, de sa fragilité, de ses valeurs et préférences, etc.
  - Ce processus est multidisciplinaire
  - Objectif : optimiser l'utilisation de la pharmacothérapie
  - Dans le cadre de la prise en charge de l'aîné, multimorbide et polymédiqué
- Bénéfices de la déprescription :
  - ↓ polymédication et inappropriés
  - ↓ problèmes de pharmacothérapie (interactions, effets indésirables)
  - Résultats positifs sur les issues cliniques, mais peu d'études avec une taille d'échantillon suffisante et un suivi suffisamment long...

Par contre, l'utilisation optimale de la pharmacothérapie est au cœur de notre profession

# Définissons la déprescription

- **Déprescription** : Processus collaboratif de réévaluation des avantages et des risques d'un médicament dans le contexte de la fragilité, de la préférence

EBM analysis: Primary care

Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice

James McCormack,<sup>1</sup> Glyn Elwyn<sup>2</sup>

... inappropriés  
... (interactions, effets indésirables)  
... par les issues cliniques, mais peu d'études avec une  
... suffisante et un suivi suffisamment long...

# Comment entamer un processus de déprescription?

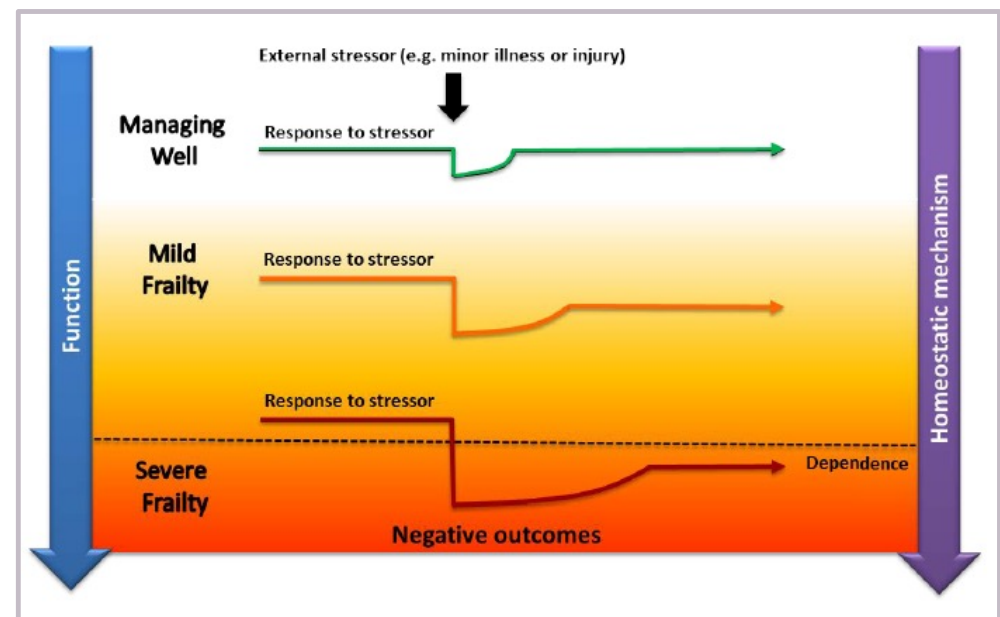
- Sensibiliser les patients...
  - Brochures et affiches du Réseau canadien pour la déprescription
  - Vous aurez peut-être des demandes de leur part pour réévaluer certains Rx!
- Il faut choisir le bon moment...
  - Un moment et lieu calme... Par rendez-vous! En dehors de la chaîne de travail...
  - Téléphone, TEAMS ou ZOOM, présentiel (bureau)
  - Impliquer un proche-aidant peut faciliter le processus
  - Objectifs réalistes selon votre milieu de pratique et vos capacités
- Mon truc pour convaincre les patients d'avoir une consultation...
  - L'objectif de la consultation est de réévaluer/optimiser les Rx, pas de déprescrire!

## Par où commencer? Qui devrait-on prioriser?

- Appliquer les principes de l'approche vigie...
- Prioriser les patients à risque
  - Effets indésirables déjà présents: Penser à dépister les syndromes gériatriques !
  - Patients à risque (penser aux critères de vulnérabilité de l'OPQ...)
    - Polypharmacie
    - Présence de médicaments potentiellement inappropriés
    - Présence de médicaments à haut risque
    - Comorbidités multiples (! Trouble neurocognitif)
    - Hospitalisations récentes/multiples
    - Difficultés d'adhésion
    - Patient isolé (vivant seul/faible support social)
    - Patients fragiles
- Rechercher la perspective du patient face à sa médication










# La fragilité

- Définition générale
  - Syndrome gériatrique – multidimensionnel
  - Caractérisé par vulnérabilité accrue et adaptation réduite au stress suite à une accumulation de déficits
- Conséquences : ↑ risque d'événements indésirables
  - Chutes, delirium, perte d'autonomie, hospitalisations, mortalité
- Évaluation : Multiples échelles
  - Phénotype de Fried, Vitesse de marche, Échelle de fragilité clinique




# Échelle de fragilité clinique (ÉFC - Clinical Frailty Scale)

- Accessible pour les cliniciens
- Intégrée dans certaines lignes directrices
  - Ex. Diabète Canada

CLINICAL FRAILTY SCALE	
	<p><b>1</b> <b>VERY FIT</b> People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.</p>
	<p><b>2</b> <b>FIT</b> People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.</p>
	<p><b>3</b> <b>MANAGING WELL</b> People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.</p>
	<p><b>4</b> <b>LIVING WITH VERY MILD FRAILITY</b> Previously "vulnerable" this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.</p>
	<p><b>5</b> <b>LIVING WITH MILD FRAILITY</b> People who often have more evident slowing, and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.</p>
	<p><b>6</b> <b>LIVING WITH MODERATE FRAILITY</b> People who need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (going, standby) with dressing.</p>
	<p><b>7</b> <b>LIVING WITH SEVERE FRAILITY</b> Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).</p>
	<p><b>8</b> <b>LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY</b> Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>
	<p><b>9</b> <b>TERMINALLY ILL</b> Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy &lt;6 months, who are not otherwise living with severe frailty. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)</p>

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA	
<p>The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.</p>	<p>In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In severe dementia, they cannot do personal care without help. In very severe dementia they are often bedfast. Many are virtually mute.</p>

 DALHOUSIE UNIVERSITY  
Clinical Frailty Scale ©2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (7/0). All rights reserved. For permission: www.geriatriversitiesresearch.ca  
 Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:989-995.

# Perspective du patient : Questionnaire PATD (Patient's Attitudes Towards Deprescribing)

- Questionnaire PATD révisé avec validation version française effectuée (2020) :
  - 22 questions (Fardeau – Pertinence – Inquiétudes face à l'arrêt – Implication/Connaissances)
  - Version patient et proche-aidant

- Questionnaire adapté :  
(Michel Tassé/É Fournier, 2018)

	D'accord	Incertain	Pas d'accord
<b>1- Je sens que je prends un grand nombre de médicaments</b>			
<b>2- Je me sens bien avec la quantité de médicaments que je prends</b>			
<b>3- Je pense que tous mes médicaments sont essentiels</b>			
<b>4- Je crois qu'un ou plusieurs de mes médicaments me rend inconfortable ou me cause un effet indésirable</b>			
<b>5- Je serais d'accord pour réduire le nombre de médicaments que je prends avec un suivi approprié par l'équipe de soins</b>			

# Quelques exemples de questions au patient ou proche

## ➤ Générales

- Quelles sont les questions que vous vous posez sur vos médicaments ?
- Comment vous sentez-vous par rapport à vos médicaments ?
- Quelles sont vos préoccupations ou observations concernant les médicaments ?

## ➤ Spécifiques sur un médicament

- Quelle était la raison ou l'objectif initial de ce médicament ?
- Dites-moi ce que vous pensez que ce médicament devrait faire pour vous.
- Dans quelle mesure le médicament a-t-il été efficace ? Dans quelle mesure est-il efficace aujourd'hui ?
- Votre état s'est-il amélioré ou aggravé pendant que vous preniez ce médicament ?

# Entrevue et collecte d'information

En plus des informations habituelles, attention particulière....

- **Objectifs de santé/Préférences** du patient
- ! Attention si troubles de communication
  - Troubles cognitifs
  - Troubles auditifs ou visuels
- Obtenir l'information auprès de la famille au besoin
- Histoire médicamenteuse complète
  - Gestion/adhésion ? Changements récents? Difficultés à avaler ?
- Vérifier le **statut fonctionnel et social**
  - AVQ, AVD, vit seul? aide à domicile ? CLSC ?
- Données médicales
  - Rechercher **syndromes gériatriques** → **Penser aux signes AINEES...**

\*Poids \*

# Quelques syndromes gériatriques

Fragilité

Chutes/Troubles  
de l'équilibre

Troubles cognitifs/  
Delirium

Incontinence

Déclin fonctionnel

Plaies de pression

Dénutrition/perte  
de poids

Autres...

# Les signes AINEES pour repérer les syndromes gériatriques

Autonomie et mobilisation

- Déclin fonctionnel (AVQ/AVD) ?  
Chutes / Trouble de l'équilibre et de la marche? Douleur?

Intégrité de la peau

- (Plaies de pression?)

Nutrition / hydratation

- Perte de poids / dénutrition?  
(↓ poids > 5 % en 1 mois ou > 10 % en 6 mois ou IMC < 22 (70 ans +))

Élimination (selles, urines)

- Incontinence (urinaire/fécale) ?

État cognitif et comportement

- Sx anxiété/dépression? Trouble cognitif ? SCPD ? Delirium?

Sommeil

# Examen physique - particularités

- Attention à la symptomatologie atypique chez l'aîné
- Signes vitaux : absence de fièvre possible malgré une infection; dépistage de l'hypotension orthostatique, suivi du poids
- Examen neurologique et moteur :
  - Attention particulière à la démarche, à l'équilibre et à la force musculaire
  - Vérifier la présence d'effets extrapyramidaux selon rx (p. ex. : roue dentée; démarche à petits pas ou ralentie; tremblements)
- Symptômes anticholinergiques :
  - Questionner le patient sur les symptômes anticholinergiques
  - Xérophtalmie, vision brouillée, xérostomie, difficulté à uriner, constipation, problèmes de concentration, etc.
- Détecter les signes évoquant des troubles sociaux, cognitifs ou fonctionnels (p. ex. : négligence sur le plan de l'hygiène ou des soins des pieds).
- \* Syndromes gériatriques\* : À repérer -> signes AINEES

# Démarche de déprescription

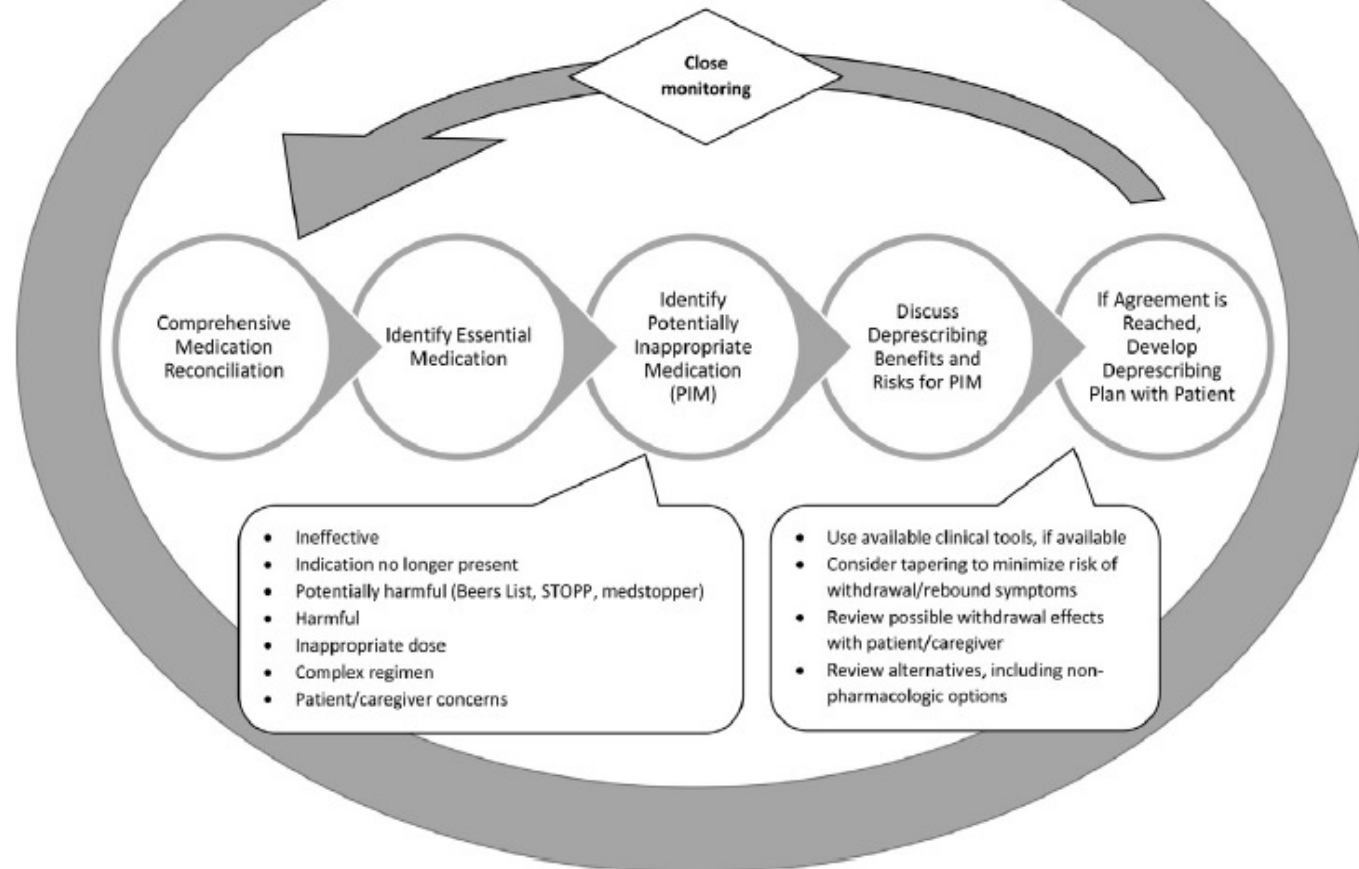
- Multiples algorithmes / processus publiés...
- Étapes globales :
  1. ENGAGER le patient et les proches aidants dans ce processus.
  2. RÉVISER tous les médicaments
  3. IDENTIFIER les médicaments potentiellement inappropriés et déterminer si la dose pourrait être réduite ou si le médicament pourrait être stoppé.
  4. PLANIFIER la diminution de dose et le processus de sevrage (suivis).
  5. Effectuer le SUIVI des symptômes de sevrage et offrir du support au patient – la clé, c'est de persister !
  6. DOCUMENTER clairement le plan et les résultats dans le dossier médical électronique.

# IDENTIFIER les médicaments à cibler pour réduction/cessation


## ➤ Considérer ...

- Absence de bénéfice
  - Indication nébuleuse ou absente
  - Inefficace (pas d'amélioration notée ou données probantes sans bénéfices clairs)
- Médicaments potentiellement inappropriés (Risques > bienfaits)
  - Surtout si signes de toxicité
  - Cascades médicamenteuses
- Symptômes stables ou inexistant
- Médicaments préventifs avec bénéfices potentiels peu probables en raison de l'espérance de vie limitée
- Fardeau important relié à la médication (multiples prises)
- Buts et les objectifs du traitement individualisés

# Patient Goals



## Quoi déprescrire?

- Si le patient veut réévaluer certains médicaments ou qu'il présente des effets indésirables, débutez par ceux-là!
  - Ciblez les Rx à plus haut risque, nécessitant une réévaluation périodique
    - Benzodiazépines, hypno-sédatifs, antipsychotiques, anticholinergiques
    - Opiïdes, gabapentinoïdes
    - Digoxine
    - Anti-plaquettaires en prévention primaire
    - Multiples anti-HTA et anti-Db
    - Combinaison de multiples psychotropes
  - Avec quels outils?
    - Guides du RUSHGQ
    - Réseau canadien de déprescription (<https://www.reseaudeprescription.ca/>)
    - Critères de Beers, liste STOPP/START, liste FORTA
    - Etc.
- 
- Liste non-exhaustive

# Une ressource australienne très utile!

## A GUIDE TO deprescribing



A guide to deprescribing allopurinol  
A guide to deprescribing anticholinergics  
A guide to deprescribing anticoagulants  
A guide to deprescribing antiepileptic drugs (AEDs)  
A guide to deprescribing antihyperglycaemics  
A guide to deprescribing antihypertensives  
A guide to deprescribing antiplatelets  
A guide to deprescribing antipsychotics  
A guide to deprescribing benzodiazepines  
A guide to deprescribing bisphosphonates  
A guide to deprescribing cholinesterase inhibitors

A guide to deprescribing gabapentinoids  
A guide to deprescribing glaucoma eye drops  
A guide to deprescribing inhaled corticosteroids  
A guide to deprescribing long-acting nitrates  
A guide to deprescribing non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)  
A guide to deprescribing opioids  
A guide to deprescribing proton pump inhibitors (PPIs)  
A guide to deprescribing statins  
A guide to deprescribing vitamin D and calcium

<https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/>

# Comment déprescrire ?

- Effectuer une seule modification à la fois, autant que possible
- Cesser progressivement les traitements lorsqu'il y a un risque d'effets indésirables liés au retrait
- Autres ressources utiles pour sevrage :
  - <https://tapermd.com/>
  - <https://kik.amc.nl/falls/decision-tree/>

- Prioriser le médicament...
  - Le plus néfaste et moins bénéfique (présence d'effet secondaire)
  - Facile à cesser (peu de risque de sevrage/retrait)
  - Pour lequel le patient est prêt à cesser

**Cas #1**

# Mme Raymond

---

- Mme Raymond vous appelle, car elle a besoin de renouveler ses Rx
  - MD de famille : Départ à la retraite (non-vu x 3 ans)
  - Se plaint spontanément de constipation et de prendre trop de pilules
- Infos au dossier...
  - 86 ans, dispill livré 1x/sem
- Profil Rx

Metformine 500mg bid	Dénosumab 60mg q 6 mois
Gliclazide MR 30mg die	Calcium 500mg po bid
Sitagliptine 50mg die	Vitamine D 2000 UI die
Empagliflozine 10mg die	Lax-a-day 17g die
Prégabaline 50mg po bid	Senokot 8.6mg bid prn



## Votre collecte de données...

- On vous écoute!

## Collecte de données...

- Collecte de données avec pte + proche-aidante
- Situation sociale
  - Vit seule à domicile, pas d'aide du CLSC, mais aide de sa fille 2-3x/sem
- Aucune mesure de glycémies ou de TA depuis plusieurs années
- Aucuns labos depuis 3 ans... Donc vous les prescrivez...
  - A1C 5.6%, créat 92, DFG<sub>e</sub> 52, ClCr CG 35, Na/K N, Ca 2.32, Alb 28, Ca corr 2.56, RAC 9.4
- *Bonne pratique* : Imagerie au DSQ ...
  - Rien à signaler récemment
  - Au moins 2 Fx vertébrales dans le passé
- ÉFC (Rockwood) : 4 (très légère fragilité, vulnérable)
- PATD
  - Trouve que prend beaucoup de Rx et ouverte à réduire le nombre
  - Craint bcp les E2 et pense qu'elle pourrait en avoir

# Signes AINEES – Mme Raymond

**A**utonomie et mobilisation

**I**ntégrité de la peau

**N**utrition / hydratation

**É**limination (selles, urines)

**É**tat cognitif et comportement

**S**ommeil

**A** : Autonome pour les AVQ/AVD

- Sauf pour les impôts (gestion par fille)
- Commence à avoir plus de difficultés à cuisiner
- Utilise une canne
- Faiblesse aux jambes, pas de chutes
- Se plaint d'une grande fatigue
- Prend bcp de pauses le jour

**I** : Nil

**N** : 54kg (-15 en 4 ans); 1m70; IMC 18.6; faible appétit

**E (urine)** : Incontinence avec urgences mictionnelles 5-6x/jr, pertes 1 à 2x/jr, gêne importante associée

**E (selles)** : Constipation (1 selle douloureuse aux 4 jours), ne prend pas son Lax-a-day (car en poudre)

**E** : Bonne humeur, pas de TNC

**S** : Dit très bien dormir

## Collecte de données... Quelques infos complémentaires

- Analyse du profil pharmacologique
  - Dénozumab parfois renouvelé en retard de 3 mois, pris depuis 5 ans
  - Dénozumab en retard de 2 mois ce jour
- Motif de la prise de la prégabaline?
  - La patiente ne le sait pas, mais sa fille vous parle de lombalgies
  - Mme Raymond vous confirme qu'elle a mal dans le bas du dos
  - Ne décrit aucune composante neuro à sa douleur
  - Son Tiger Baulm fait des miracles!
- Tolérance Rx
  - Se dit un fatiguée en fin de matinée, mais dort très bien la nuit
  - A1C 5.6... Questionner les s/sx d'hypoglycémies... Aucun
  - Pas d'ATCD de mycoses génitales

## Votre conduite...

- On vous écoute!

## Notre conduite...

- Cesser gliclazide et discuter de l'empagliflozine... Glycémies + TA avec sa fille!
  - Diabète surtraité et possibles hypoG non-objectivées
  - Sulfonylurée à déprescrire en priorité vu le risque d'hypoG
  - Vessie hyperactive possiblement exacerbée par iSGLT2
  - Bénéfices d'un iSGLT2 chez une F de 88 ans en perte d'autonomie, avec une perte pondérale, sans ATCD CV et avec une néphropathie DB avec RAC à 9.4?
- Dose de metformin/sitagliptine à ajuster? Fonction rénale limite...
  - À réfléchir ds un 2e temps
- Dénozumab en retard... Injection le plus tôt possible! + Renouv automatique
- Calcium bid → die
  - Constipation importante et calcémie limite haute malgré dénozumab
- Senokot régulier plutôt que Lax-a-day
- Ça fait déjà beaucoup... Dans un suivi, il faudra aborder la prégabaline
  - Somnolence secondaire? Ralentissement moteur secondaire? Sevrage à discuter...

# Le diabète chez les personnes âgées

- Trois facteurs principaux ↑ le risque d'hypoG chez les personnes âgées
  - 1- Fragilité
  - 2- Perte pondérale
  - 3- IRC
- Repérage difficile des hypoG chez les personnes âgées
  - Présentation souvent atypique
  - Épuisement du système adrénérgique/cholinérgique avec le vieillissement
- Conséquences des hypoG
  - Chutes, Fx, délirium, troubles cognitifs, arythmies, infarctus, convulsion, mort...
  - En particulier si épisodes répétés et/ou sévères

JAMA. 2016 Mar 8;315(10):1034-45.  
CGS Journal of CME. 2014;4(2):8-13  
Diabetes Care. 2021 Apr;44(4):915-924  
Diabète Canada 2023

# Cibles et principes gériatriques en diabète



Ad 7.5-9?

	Robuste	Vulnérable	Fragile
Cible d'A1C	≤7.0%	7.0- <u>8.0</u> %	7.0- <u>8.5</u> %
Cible de gluco AC	4-7	5-8	6-9
Cible de gluco PC	5-10	<12	<14

- Cible à individualiser selon le niveau de fragilité
- Les pts vulnérables/fragiles ne bénéficient pas d'un contrôle intensif
  - Time to benefit pour ↓ les événements microvasculaires = 8 ans
- ↑ Fréquence des suivis selon la fragilité et le risque d'hypoG
- **Poids → paramètre de suivi essentiel**
- Éviter à tout prix les hypoG

## Comment déprescrire en diabète?

- Étude observationnelle récente démontre que seulement 40% des  $\geq 80$  ans veulent diminuer l'intensité de leur traitement du diabète
  - Moins de 30% croient qu'ils prennent trop de Rx ou que ceux-ci peuvent être dangereux
- Plusieurs aînés apprécient peu les discussions sur l'espérance de vie dans le processus de déprescription (en relation avec le *time to benefit*)
  - En diabète, des études démontrent que les aînés sont plus soucieux des E2
- Expliquer le rationnel de la cible en gériatrie
  - A1C < 7  $\uparrow$  les hypoG et très peu de risques avec de légères hyperG
  - A1C < 7  $\uparrow$  potentiellement la mortalité, en particulier chez les aînés fragiles
  - $\uparrow$  de ces risques si insuline et/ou sulfonylurée

J Am Geriatr Soc. 2024 Mar 12. DOI: [10.1111/jgs.18870](https://doi.org/10.1111/jgs.18870)

JAMA Intern Med. 2019 Dec 1;179(12):1642-1649

Primary Health Tasmania : Diabetes

# Diabète : Pharmacothérapie gériatrique 101

- *Start low, go slow*
- ↓ Rx de façon préventive si A1C/glucos inférieurs aux cibles pour les pts vulnérables et fragiles
- Favoriser les Rx avec un faible pouvoir hypoG (metformin, idpp4)
  - Attention au metformin et aux E2 GI
- Si possible, éviter les sulfonylurées, les méglitinides et les insulines
  - Si utilisation nécessaire → cible moins stricte pour ↓ le risque hypoG
  - Parmi les sulfonylurées, favoriser le gliclazide
  - Parmi les insulines, favoriser les insulines lentes
- aGLP-1? iSGLT2? Au cas par cas...

Diabète Canada 2023

JAMA. 2016 Mar 8;315(10):1034-45

J Manag Care Pharm. 2011;17: 664-671

## iSGLT2 et aGLP1 en gériatrie

- Les iSGLT2 et aGLP1 sont à éviter chez les aînés fragiles ou vulnérables
  - À moins de bénéfices cardiorénaux importants pour la personne
  - Fragilité diminue l'espérance de vie, réduisant le potentiel de bénéfices cliniques
- Risques des aGLP-1...
  - Perte pondérale importante (5-10-15kg...)
  - E2 GI peuvent être sévères
  - Utilisation prudente même chez les patients robustes très âgés...
- Risques des iSGLT2...
  - Perte pondérale (3-5 kg)
  - Baisse de TA, HTO, chutes
  - Infections génitales fongiques
  - Vessie hyperactive et incontinence
  - Risque d'IRA et d'acidocétose euglycémique (surtout si non-respect des jours de maladie)

## Risques de fractures à l'arrêt du dénosumab

- Analyse post-hoc (2018) de FREEDOM
  - Cohorte de 1471 pts ayant avec > 1 dose de dénosumab et dernière dose > 7 mois
  - Suivi médian : 6 mois post-cessation (12 mois post-dernière dose)

- ↑ FxV...

	Dénosumab	Placebo
Poursuite de tx	1.2 par 100 pts-ans	7.0 par 100 pts-ans
Arrêt de tx	7.1 par 100 pts-ans	8.5 par 100 pts-ans

- ↑ FxV multiples...

	Dénosumab	Placebo
Poursuite de tx	0.2 par 100 pts-ans	1.9 par 100 pts-ans
Arrêt de tx	4.2 par 100 pts-ans	3.2 par 100 pts-ans

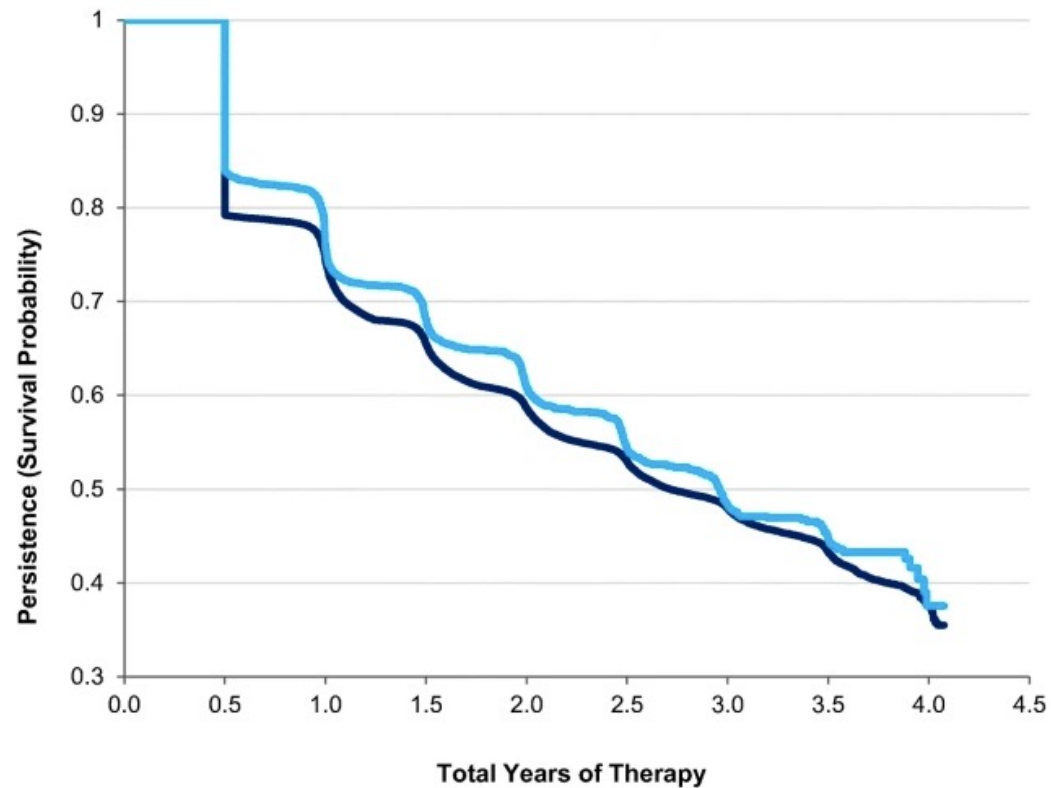
- Facteur prédictif de Fx vertébrales à la cessation
  - ATCD de Fx vertébrales, OR = 3.9 (2.1-7.2)

# Dénosumab – Adhésion réelle

## À retenir

En pratique, la normalité pour le dénosumab est la non-adhésion...

## Étude de cohorte ontarienne



## Risque de fractures à l'arrêt : Gestion

- Éviter tout retard dans l'administration du dénosumab
  - Risque ↑ de FxV à l'arrêt après 1-3 mois de retard
  - Pas de congé thérapeutique avec le dénosumab
  - Renouvellement pré-autorisé? Agenda de suivis?
- Si arrêt, relais recommandé à une autre thérapie au moins 1-2 an(s)
  - Plus de données avec l'acide zolédronique, mais BP PO ok
  - À débiter 6 mois post-dénosumab si possible
  - Durée optimale du relais inconnue...
  - Durée possiblement plus longue (> 2 ans?) si dénosumab > 3 ans
- Réserver le dénosumab aux pts acceptant une thérapie sans interruption et à long terme et un relais à bisphosphonate en cas de cessation
  - La prévention a bien meilleur goût... En discuter avant l'initiation!

## Les gabapentinoïdes en douleur

- Dans une cohorte de patients âgés hospitalisés, 50% des patients prenant un gabapentinoïde n'avaient pas d'indication reconnue dans la littérature
- Les gabapentinoïdes ont des données d'efficacité en douleur neuropathique, épilepsie, syndrome des jambes sans repos, fibromyalgie, troubles anxieux
- Les gabapentinoïdes ne sont pas efficaces en douleur non-neuropathique
- En gériatrie, les gabapentinoïdes peuvent causer de la somnolence, de la vision brouillée, des chutes, de la confusion, etc.
- Déprescription lente à prioriser, à moins d'effets indésirables sévères
- Ressource utile : Pain Calculator du groupe PEER
  - <https://pain-calculator.com/calculators/neuropathic-pain/>

# Cas #2

# M. Grenier, 88 ans

---

- Sorti de l'hôpital récemment (court séjour à l'urgence).
- Avait chuté à domicile avec choc à la tête...
  - Investigations négatives (pas de fracture ou saignement cérébral) donc a reçu son congé
- Polymédication importante... Vous aviez identifié ce patient pour un suivi/révision prioritaire dans un moment plus calme...
  - Pas d'allergie/intolérance au dossier
  - Médication en dispill, supervisée par son épouse



# Médicaments au dossier...

- Donépézil 10 mg po qAM
- Indapamide 2.5 mg po DIE
- Amlodipine 5 mg po qHS
- Rosuvastatin 10 mg po DIE
- Candésartan 16 mg po DIE
- Levothyroxine 75 mcg po DIE
- Finasteride 5 mg po DIE
- Tamsulosin SR 0.4 mg po DIE
- Allopurinol 200 mg po DIE
- Bupropion SR 150 mg po DIE
- Quétiapine 37.5 mg po qHS
- Acétaminophène 650 mg po QID
- Hydromorphone 0.5 mg po q6h prn
- Mirabegron ER 50 mg po DIE
- PEG 3350 – 17 g po DIE
- Sennosides 17.2 mg po DIE prn

## Votre collecte de données...

- On vous écoute!

## M. Grenier: Votre collecte de données... 1/4



Collecte de données avec pt et épouse:

- Situation sociale:
  - En RPA avec son épouse, aide du CLSC (hygiène au bain et habillage)
  - Entrepreneur retraité
  - Ré-évaluation par TS en cours... Relocalisation éventuelle possible (CHSLD) mais épouse souhaite maintien à domicile le plus longtemps
- Suivi par MD famille

Problèmes de santé/ATCD:

- TNCM modéré (type Alzheimer)
- Hypertension
- Dyslipidémie
- Douleur chronique/Arthrose
- Dépression il y a plusieurs années
- Hypothyroïdie
- Constipation
- Ostéoporose – fracture humérus il y a 2 ans
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Goutte



## Signes AINEES – M. Grenier (2/4)

Autonomie et mobilisation

Intégrité de la peau

Nutrition / hydratation

Élimination (selles, urines)

État cognitif et comportement

Sommeil

**A** : Aide pour tous ses AVD, semi-autonome pour ses AVQ

- Épouse supervise la prise des médicaments
- Aide pour habillage et bain; s'alimente seul
- Utilise une canne; démarche lente à son arrivée
- Chutes (dernière il y a 2 semaines)
- Douleur soulagée avec acétaminophène

**I** : Bouche sèche +

**N** : IMC 21; 63 kg → 59 kg depuis un an; peu d'appétit

**E** : Incontinence urinaire (port de protections);  
constipation contrôlée sous laxatifs

**E** : TNCM modéré (MMSE 15/30); Bon moral  
(Échelle de dépression gériatrique 2/15)

**S** : Dit bien dormir, siestes diurnes

# Votre collecte de données... 3/4

- Composantes du PATD (perspective pt/épouse):
  - Beaucoup de médicaments... Ne savent pas si tous essentiels...
  - Se sent faible occasionnellement... Son épouse se demande si c'est dû à un médicament ?
  - Ouverts aux changements si communication avec Md famille
- TA : environ 100-105/65-70 mmHg; FC 65-75 bpm.
  - Dépistage HTO négatif
- Laboratoires dans la dernière année:
  - DFG 55 mL/min, TSH 3.6 mUI/L, Hb 137 g/L, Na 137, K 4.3, LDL 1.31, ALT n
- Imagerie: Scan cérébral récent = pas de saignement/ischémie aigue.  
Atrophie cérébrale.
  
- Donc... Fragilité modérée (Échelle de fragilité clinique 6/9)

# Votre collecte de données... 4/4

- Révision globale de la médication – autres éléments:
  - Sous donépézil depuis 4 ans. Était stable au début mais depuis a progressé...
  - Sous combo finasteride/tamsulosine depuis plusieurs années. Pas de difficulté à uriner
  - Épisode dépressif soupçonné au début du TNCM. Possible amélioration avec médication mais pas si clair à l'histoire...
  - Quétiapine débutée lors d'une hospitalisation précédente l'an passé
  - Acétaminophène → « j'en mange à longueur de journées... »
  - Dernier épisode de goutte il y a plusieurs années
  - Pas d'œdème périphérique à l'examen physique
  - Pas de nausées

## Votre conduite...

- On vous écoute!

## Notre conduite à court/moyen terme...

### ➤ Plusieurs possibilités

- HTA surtraitée avec chutes:
  - Réduire/cesser indapamide avec suivi TA (+/- autres anti-hypertenseurs)
- Indication quétiapine nébuleuse
  - Contribue à la bouche sèche, risque de chute, risque AVC...
  - Entamer sevrage (25 mg → 12.5 mg → alternance...)
- Nécessité actuelle du bupropion à réévaluer
  - Sevrage envisageable après 1 an si 1 seul épisode dépressif
  - Peut contribuer à la perte d'appétit/perte de poids → Réduction x 2-3 semaines puis cesser
- Acétaminophène QID : Contribue au fardeau médicamenteux
  - Essai de prise PRN

# TME et risque de chutes

## ➤ Dépistage

- Êtes-vous tombé au cours de la dernière année?
- Avez-vous peur de chuter/tomber?
- Vous sentez-vous parfois instable en vous marchant ou en vous levant?

- Utilisation d'une aide technique à la marche?
- Symptômes lors de la marche? Précédant une chute?

\*Dépistage de l'hypotension orthostatique\* :

↓ TA systolique 20 mmHg ou 10 mmHg diastolique

en position debout (3 minutes)

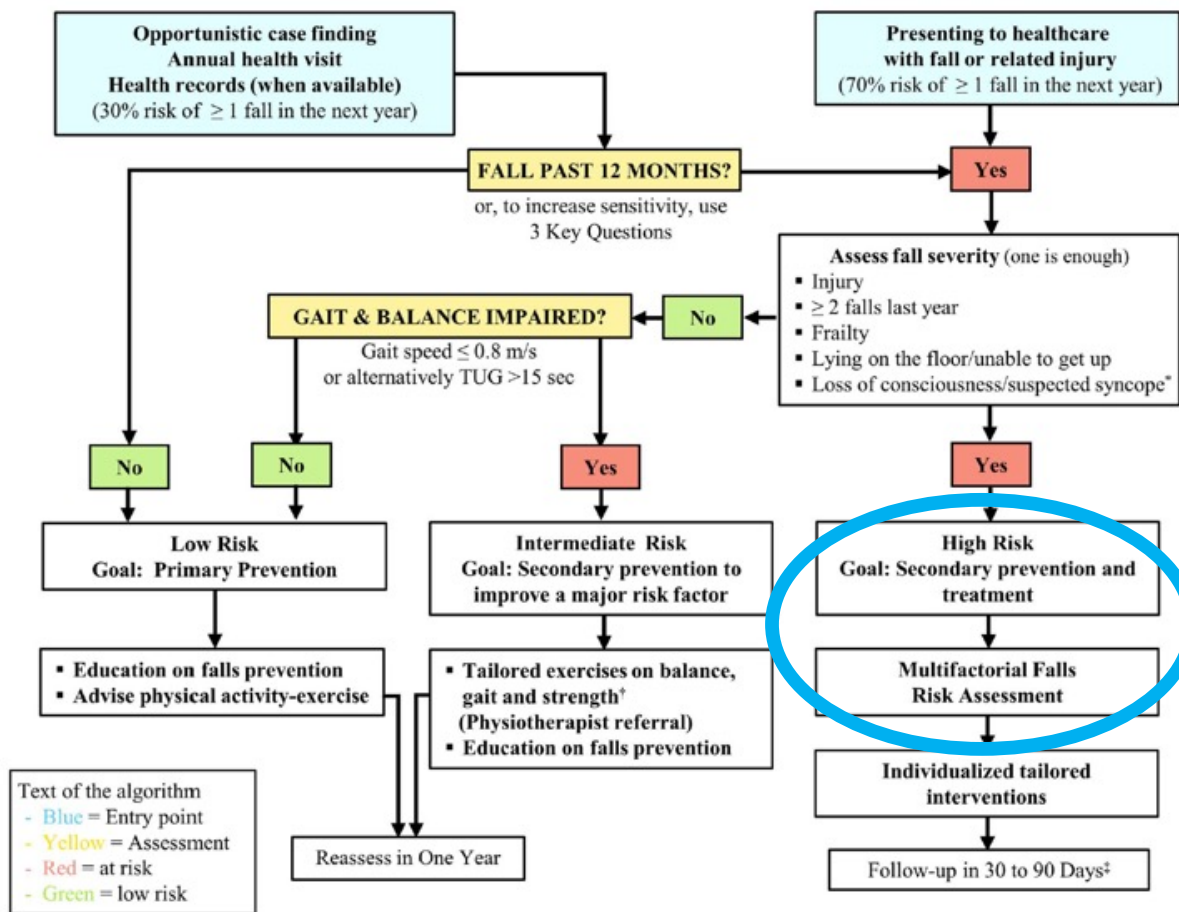
(voir Guide RPEG-APES : [apesquebec.org/hto](http://apesquebec.org/hto) )

- ! Symptômes altérés (faiblesse, vision brouillée, confusion)

- ✓ Étape 1 - Laisser le patient en position de décubitus pendant cinq minutes
- ✓ Étape 2 - Mesurer la PA et le pouls après cinq minutes en décubitus
- ✓ Étape 3 - Faire lever le patient
- ✓ Étape 4 - Mesurer la PA et le pouls après une et trois minutes en position debout
- ✓ Étape 5 - Interroger le patient sur les symptômes d'HTO

# Chutes: Évaluation

## World guidelines for falls prevention and management for older adults



Benzodiazépines

Benzo "related  
drugs"

Antipsychotiques

Opiacés

Antidépresseurs

Anticholinergiques

Antiépileptiques

Diurétiques

Alpha-bloquants  
(antihypertenseurs)

Alpha-bloquants  
(HBP)

Antihypertenseurs  
à action centrale

Antihistaminiques

**STOPPFall  
(2021)**

Vasodilatateurs

Rx vessie  
hyperactive

<https://kik.amc.nl/falls/decision-tree/>

Seppala LJ. Age Ageing. 2021;50(4):1189-1199.

# Cibles de TA pour M. Grenier ?

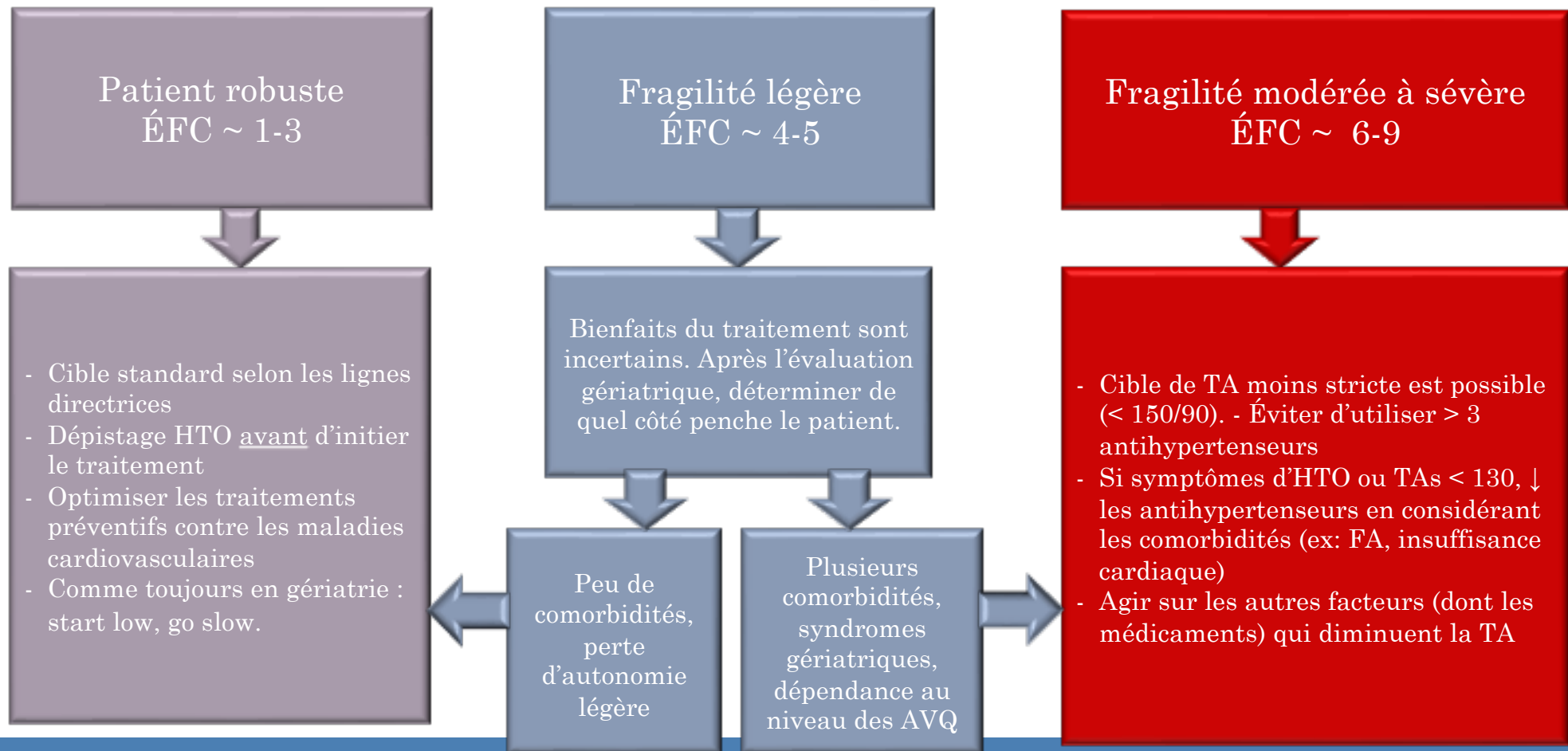
## Selon lignes directrices canadiennes 2020 :

Tableau 3. Indications cliniques du traitement intensif chez les patients à risque élevé

- Maladie cardiovasculaire clinique ou subclinique  
OU
- Maladie rénale chronique (néphropathie non diabétique, protéinurie < 1 g/d, \*débit de filtration glomérulaire estimé < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>)  
OU
- \*Évaluation du risque cardiovasculaire élevée (score de risque > 10 ans)

- Cibles de TA sous traitement
  - < 140/90 mmHg (D)
- Traitement intensif (D)
  - Basées sur étude SPRINT...
  - Mais patients avec TNC exclus...
  - Patients fragiles de SPRINT environ 3-4 sur l'ÉFC...
- Cibles de TA chez patients à risque élevé avec TA ≥ 130/80 mmHg
  - Cibles de TA (D)
  - Sévérité de la maladie (D)
  - Prudence pour traitement intensif
  - Chez patients en institution
  - Prudence si TAS debout < 110 mmHg
- Depuis 2017, les notions d'âge et de fragilité ont été retirées...

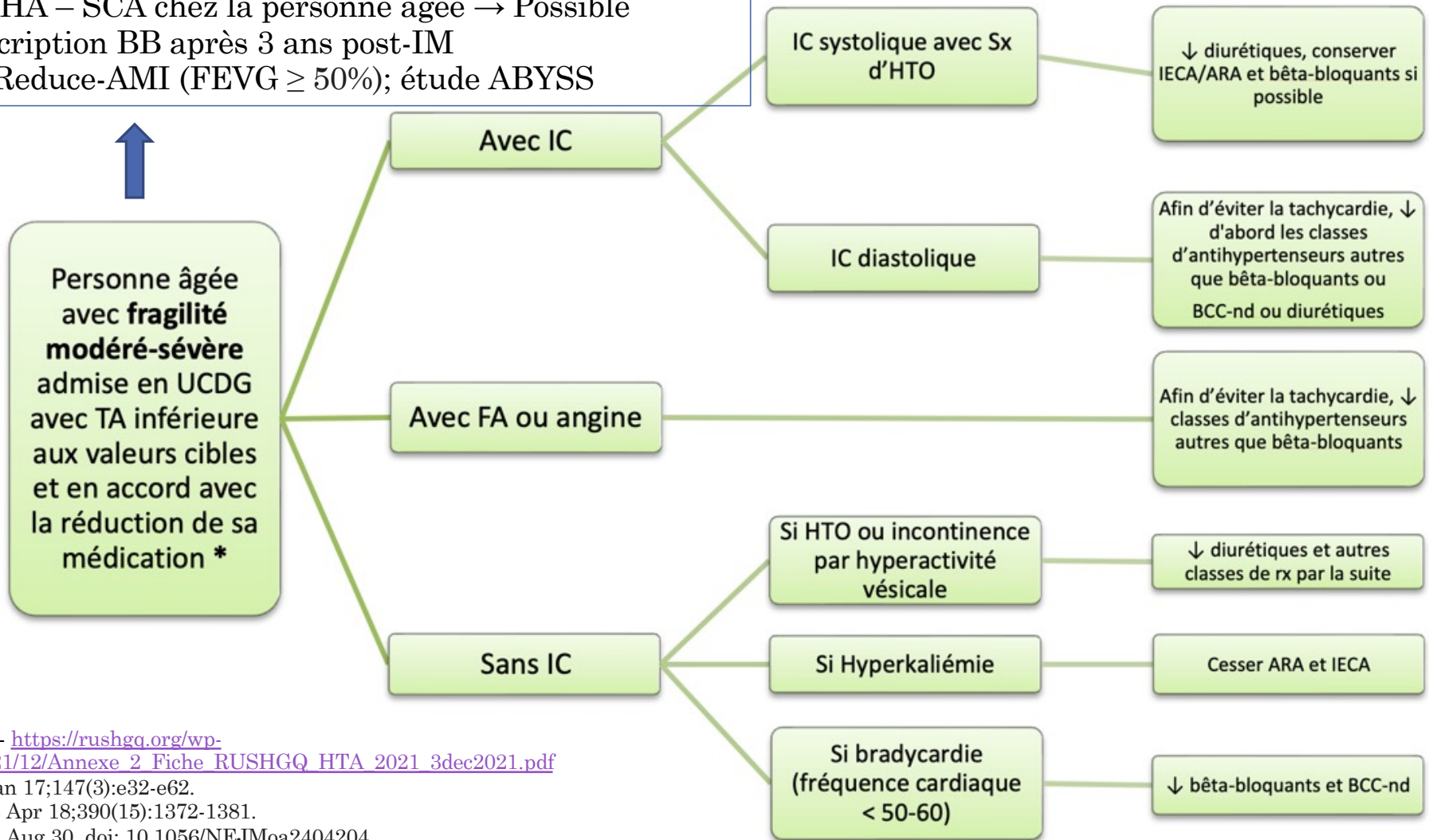
## Déterminer la cible de tension artérielle en fonction du niveau de fragilité chez les 80 ans et plus



## ATCD d'infarctus du myocarde (sans IC avec FE réduite):

2022: Avis AHA – SCA chez la personne âgée → Possible  
déprescription BB après 3 ans post-IM

2024: Étude Reduce-AMI (FEVG ≥ 50%); étude ABYSS



Fiche Rushgq 2021 - [https://rushgq.org/wp-content/uploads/2021/12/Annexe\\_2\\_Fiche\\_RUSHGQ\\_HTA\\_2021\\_3dec2021.pdf](https://rushgq.org/wp-content/uploads/2021/12/Annexe_2_Fiche_RUSHGQ_HTA_2021_3dec2021.pdf)

Circulation. 2023 Jan 17;147(3):e32-e62.

N Engl J Med. 2024 Apr 18;390(15):1372-1381.

N Engl J Med. 2024 Aug 30. doi: 10.1056/NEJMoa2404204.

# Et vous, qu'allez-vous prioriser chez M. Grenier ?

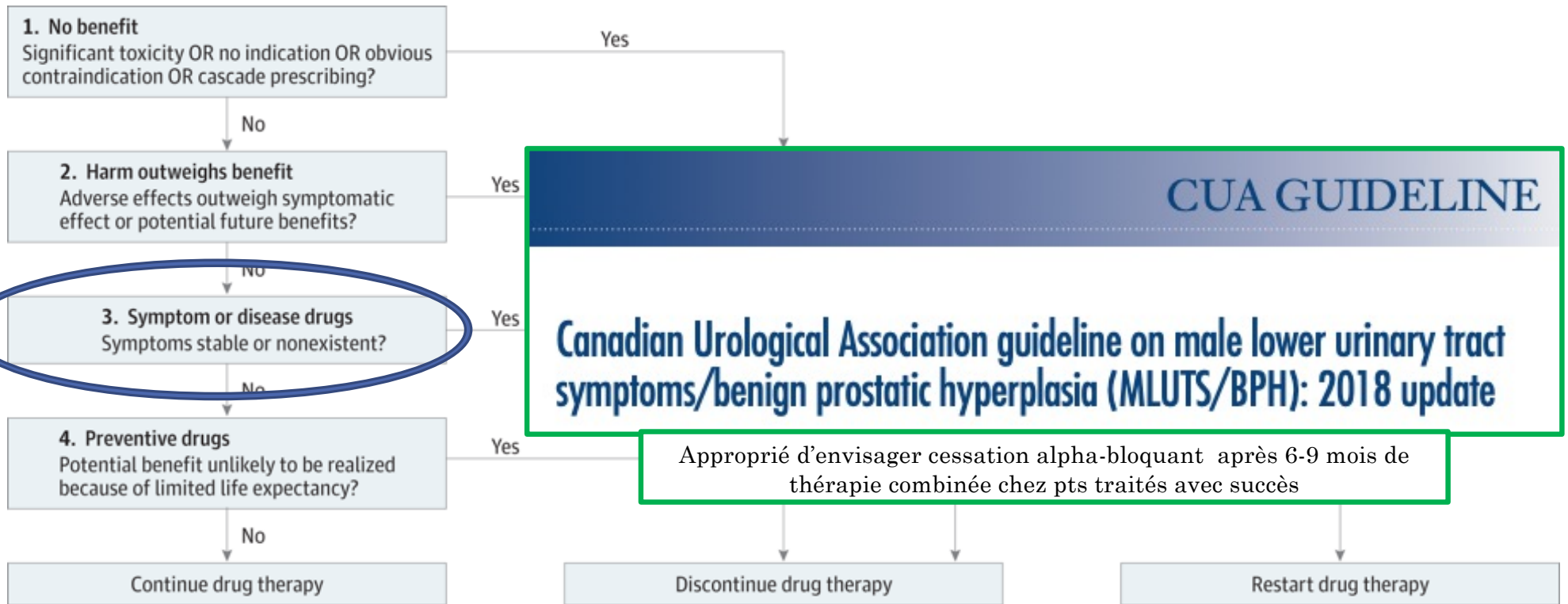
- Autres interventions à considérer?

# Notre conduite... (SUITE)

- Plusieurs autres considérations à moyen/long terme
  - Efficacité réelle du mirabégron chez ce patient avec incontinence?
  - HBP → Double thérapie nécessaire ?
  - Statine en prévention primaire?
  - Si cessation indapamide et acide urique bien contrôlé :
    - Tentative déprescription allopurinol ?
  - Donépézil : À suivre selon évolution TNCM et tolérance
  - Penser aussi à ce qui peut être manquant
    - Traitement de l'ostéoporose à évaluer ?

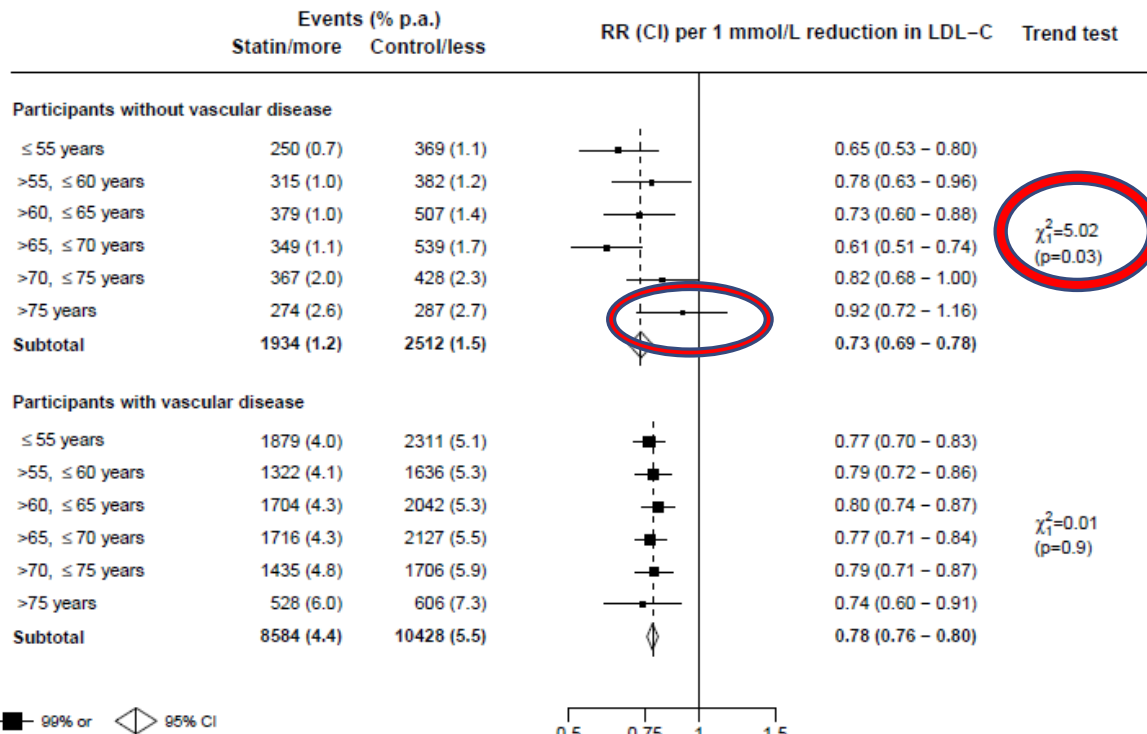
! Communication importante avec MD de famille

# HBP – Double thérapie nécessaire ?



# Statines en prévention primaire chez l'aîné

Webfigure 3: Effects on MAJOR VASCULAR EVENTS per mmol/L reduction in LDL cholesterol, subdivided by age at randomisation and by prior vascular disease, excluding four trials that exclusively included participants with heart failure or on dialysis



➤ Méta-analyse du Cholesterol Treatment Trialists Collaboration (2019)

➤ Prévention 1° vs 2°

- Résultats positifs en prévention 2e
- Tendance pour prévention 1°...

# Lignes directrices simplifiées PEER (2023)

« Nous suggérons de **ne pas amorcer systématiquement** un traitement aux statines en **prévention primaire** chez les patients de plus de 75 ans. »

« Il pourrait être **raisonnable de discuter des bienfaits et des risques** d'un traitement aux statines en prévention primaire chez certains patients de plus de 75 ans dont **l'état de santé général est bon.**»

« Chez les patients qui prennent déjà une statine et la tolèrent, nous recommandons de **ne pas arrêter la statine ou en réduire la dose** pour la seule raison que les patients ont plus de 75 ans. »

# Lignes directrices ACC/AHA/AGS 2018 – prévention primaire $\geq 75$ ans

Time to  
benefit ?

- On peut considérer débuter une statine d'intensité modérée
- Considérer cesser la statine selon l'état clinique.

AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol.  
Circulation 2018

COR	LOE	Recommendations
IIb	B-R	1. In adults 75 years of age or older with an LDL-C level of 70 to 189 mg/dL (1.7 to 4.8 mmol/L), initiating a moderate-intensity statin may be reasonable (S4.4.4.1-1–S4.4.4.1-8)
IIb	B-R	2. In adults 75 years of age or older, it may be reasonable to stop statin therapy when functional decline (physical or cognitive), multimorbidity, frailty, or reduced life-expectancy limits the potential benefits of statin therapy (S4.4.4.1-9).



# Prévention primaire – Time to benefit

November 16, 2020

**Evaluation of Time to Benefit of Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Adults Aged 50 to 75 Years**  
A Meta-analysis

- Méta-analyse des ERC avec statines pour déterminer le TTB pour la prévention d'un événement cardiovasculaire majeur (MACE):

**Temps pour prévenir 1 événement CV pour 100 personnes traitées : 2.5 ans (95%CI 1.7-3.4)**

**Variations** selon les caractéristiques/ risque de base des études :



HOPE-3 : 5.2 ans  
(95%CI 2.8-8.8)

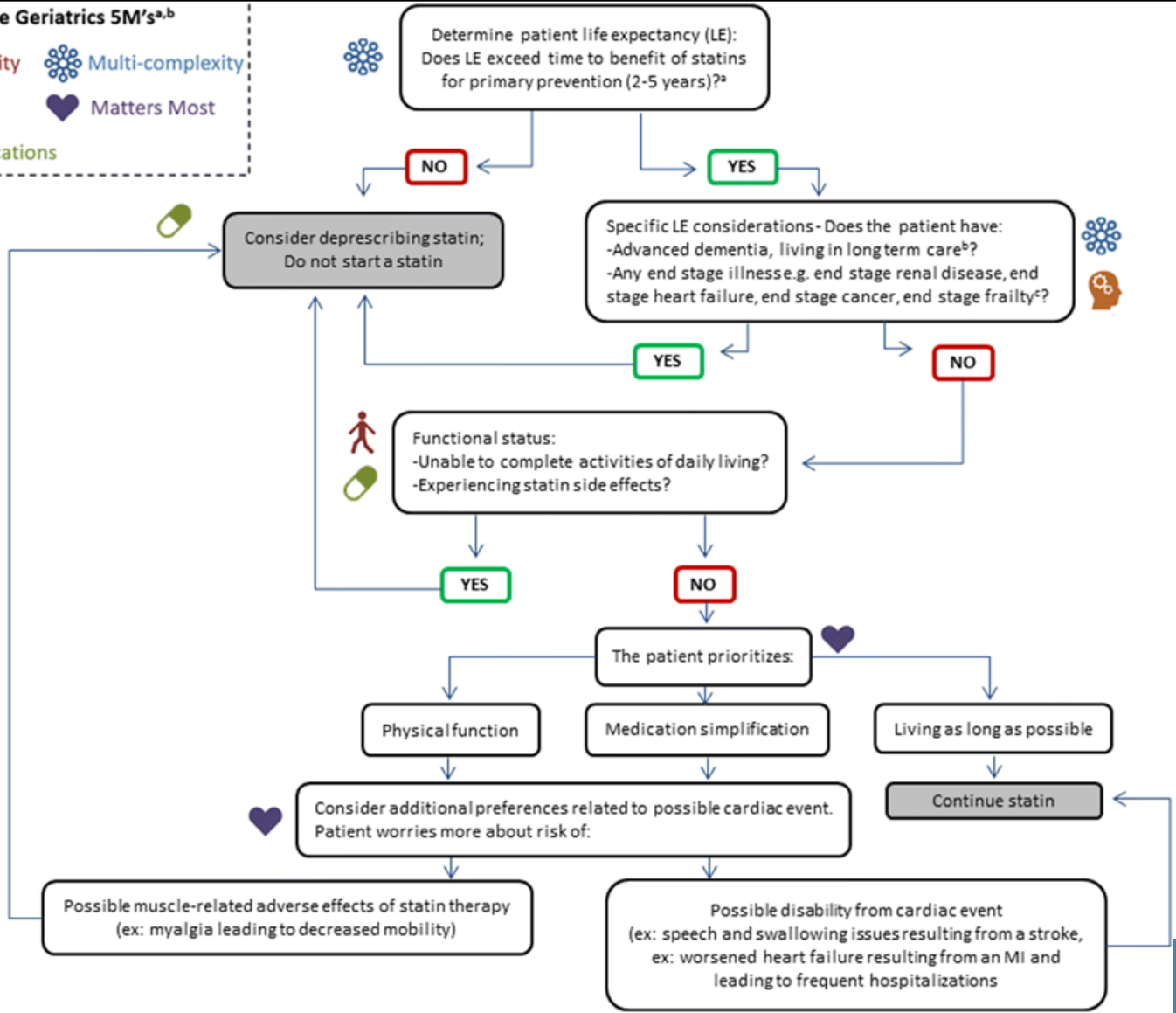
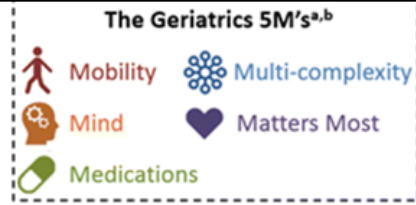


CARDS: 1.4 an  
(95%CI 0.5-3.4)

# Déprescription des statines?

- Giral et coll. (Eur Heart Journal 2019)
- Étude de cohorte rétrospective (France)
  - Pts ayant eu 75 ans en 2012-2014 sans hx CV sous statines :
    - N = 120 173 (suivi moyen 2.4 ans)
    - Suivi des patients ayant cessé (> 3 mois) – 14%
  - ↑ Hospitalisation pour événement CV avec cessation :
    - HR 1.33 (IC 95% 1.18-1.50)
  - Incidence cumulative à 4 ans =
    - 10.1% (IC95% 8.8-11.3) si cessation et 7.6% (IC95% 7.3-7.9) si poursuite de la statine

Approche à la déprescription des statines chez les personnes âgées à l'aide du cadre gériatrique des 5M's



# Déprescription de l'allopurinol ?

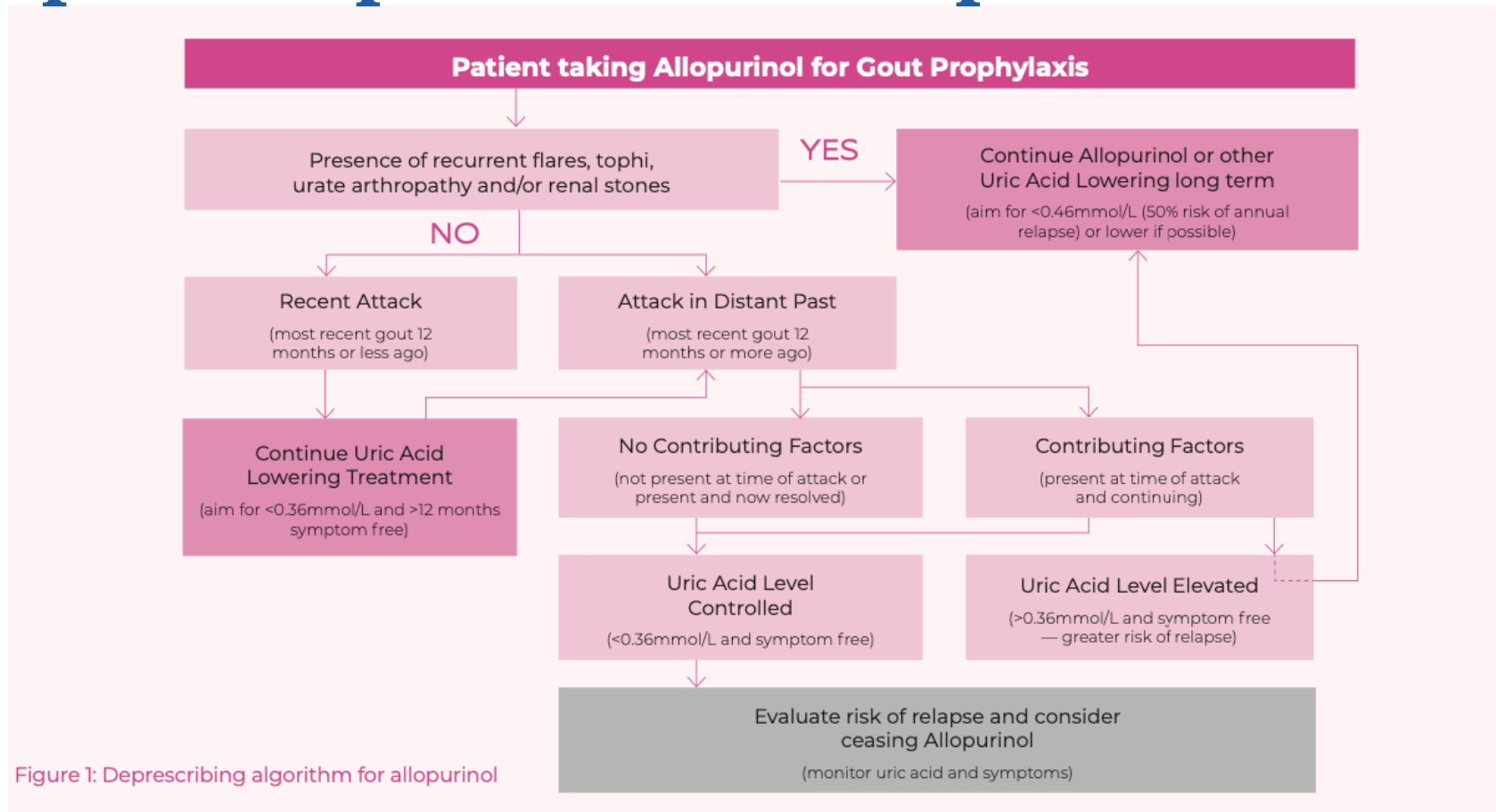


Figure 1: Deprescribing algorithm for allopurinol

# Inhibiteur de l'acétylcholinestérase...

## Poursuivre jusqu'à quand ?

### ➤ Déprescription - Recommandations du consensus canadien (2020):

- Tenir compte des préférences du patient (précédemment exprimées), en collaboration avec la famille
- Si prise depuis > 12 mois ET ...
  - Détérioration clinique marquée dans les 6 derniers mois (en l'absence de facteurs médicaux ou environnementaux)
  - Absence de bénéfices à tout moment (i.e. pas d'amélioration ou stabilisation ou ralentissement du déclin)
  - Stade sévère / terminal
  - Effets indésirables non tolérables
  - Non-adhésion
- TNCM autre qu'Alzheimer, Parkinson, Lewy, vasculaire
- Trouble neurocognitif léger (mineur)



© The University of Sydney. Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.  
 This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDeriv 4.0 International License.  
 Contact [info@deprescribing.org.au](mailto:info@deprescribing.org.au) for more information.  
 Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al. Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine, 2018.  
 ISBN 978-0-9910410-1-1 Available from: <http://deprescribing.org.au/medicines/index.htm#deprescribing-guidelines.pdf>

## Monitoring during tapering and after discontinuation

Timing of symptoms after dose reduction/discontinuation	Types of symptoms	Action to be taken by family/nurses/care staff	Possible cause*
Less than 1 week	Severe symptoms, including agitation, aggression, hallucinations or reduced consciousness	Restart previous dose immediately and contact responsible healthcare professional as soon as possible	Adverse drug withdrawal reaction
2 to 6 weeks	Worsening of cognition, behavioural or psychological symptoms or function	Contact responsible healthcare professional and consider restarting previous dose and/or make an appointment to see responsible healthcare professional at the next available time	Re-emergence of symptoms that were being treated by ChEI/memantine
6 weeks to 3 months	Worsening of cognition, behavioural or psychological symptoms or function	Contact responsible healthcare professional at the next available time to make an appointment	Likely progression of condition or possible re-emergence of symptoms that were being treated by ChEI/memantine
> 3 months	Any	As per usual care	Progression of condition

Reeve E, Farrell B, Thompson W, Herrmann N, Sketris I, Magin PJ, Chenoweth L, Gorman M, Quirke L, Bethune G, Hilmer SN. Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary. Med J Aust. 2019 Mar;210(4):174-179.

# Réflexion sur votre pratique

- Et VOUS...
- Que planifiez-vous mettre en œuvre dans votre pratique ?

# Références principales

- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Évaluation de la condition physique et mentale chez l'aîné hospitalisé. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2023. 5 p.
- Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circ Res.* 2019;124(7):1045-1060. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313236 doi:10.1016/j.jcjd.2017.10.021
- By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-2081. doi:10.1111/jgs.18372
- Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med Clin North Am* 2015;99:263-79.
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Meneilly GS, Knip A, et al. Diabetes in Older People. *Can J Diabetes.* 2018;42 Suppl 1:S283-S295.
- Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative [published correction appears in *Age Ageing.* 2023 Sep 1;52(9):] [published correction appears in *Age Ageing.* 2023 Oct 2;52(10):]. *Age Ageing.* 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205
- Rockwood K, Theou O. *Can Geriatr J* 2020;23:254-259. <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>
- Roux B, Sirois C, Niquille A, et al. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire in French. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(8):1453-1462. doi:10.1016/j.sapharm.2020.11.004.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-834. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324
- Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age Ageing.* 2021;50(4):1189-1199. doi:10.1093/ageing/afaa249