

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
 - ≥ 5 ou 10 Rx selon la définition utilisée
 - ≥ 10 Rx : 40% chez les 75-84 ans et 50% chez les ≥ 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 ≥ 65 ans
 - Utilisation au Qc (BZD, IPP, SFN, antipsychotiques) : 50% chez les ≥ 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 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 un contexte de soins
- **Bénéfices**
 - ↓ polyprescription inappropriée
 - ↓ 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,¹ Glyn Elwyn²

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

Comment entamer un processus de déprescription?

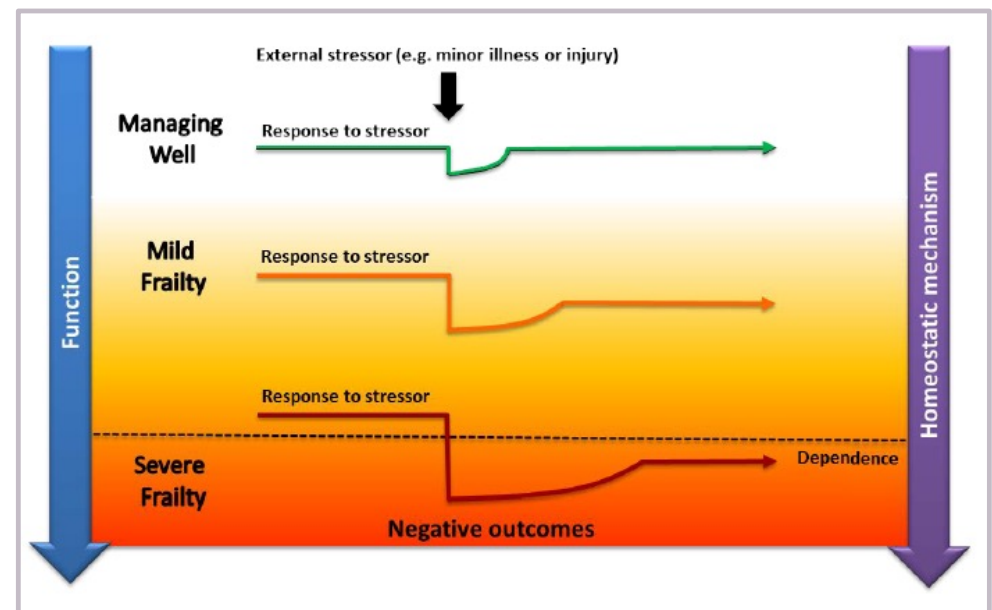
- Sensibiliser les patients...
 - Brochures et affiches du Réseau canadien pour la déprescription
 - Vous aurez peut-être des demandes de leur part pour réévaluer certains Rx!
- Il faut choisir le bon moment...
 - Un moment et lieu calme... Par rendez-vous! En dehors de la chaîne de travail...
 - Téléphone, 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 FRAILITY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	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.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	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.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	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.
	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	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 (padding, stand-by) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	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).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise living with severe frailty. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)


SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

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.

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.



Clinical Frailty Scale ©2006, 2010 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine@dal.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ* 2005;331:400-405.

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

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

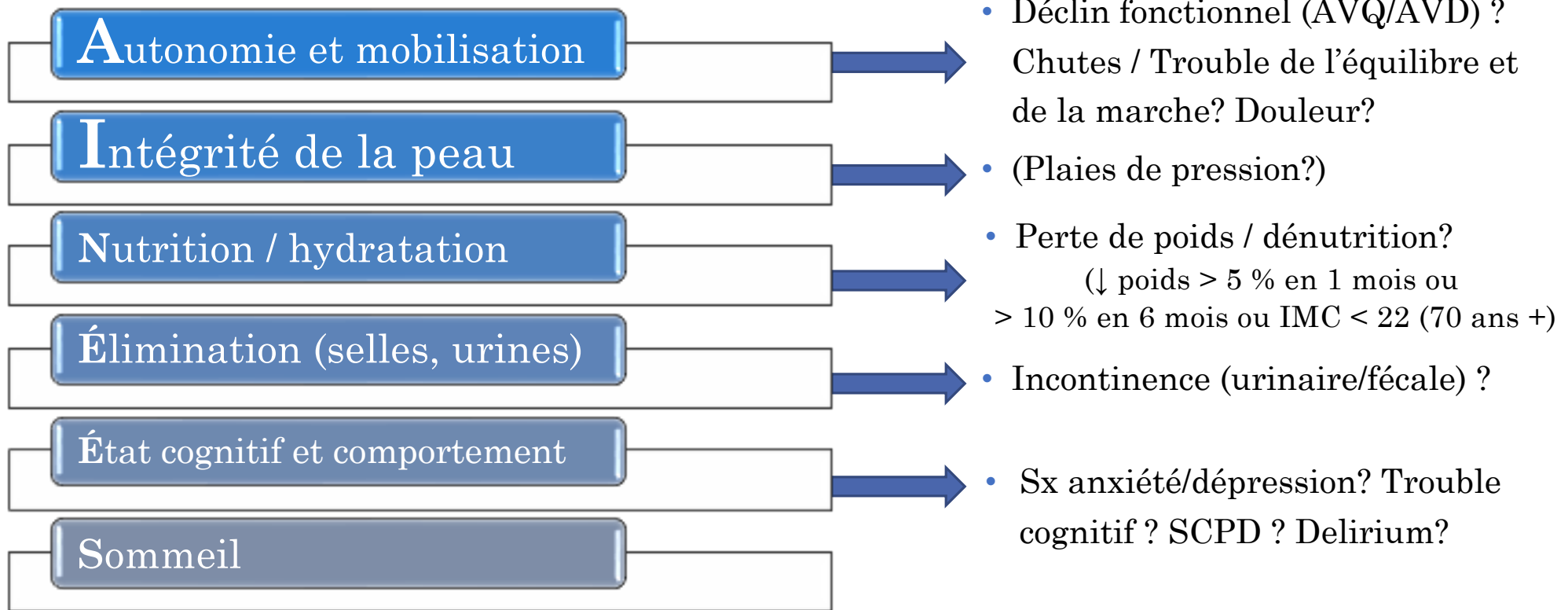
Déclin fonctionnel

Plaies de pression

Dénutrition/perte
de poids

Autres...

Les signes AINEES pour repérer les syndromes gériatriques



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

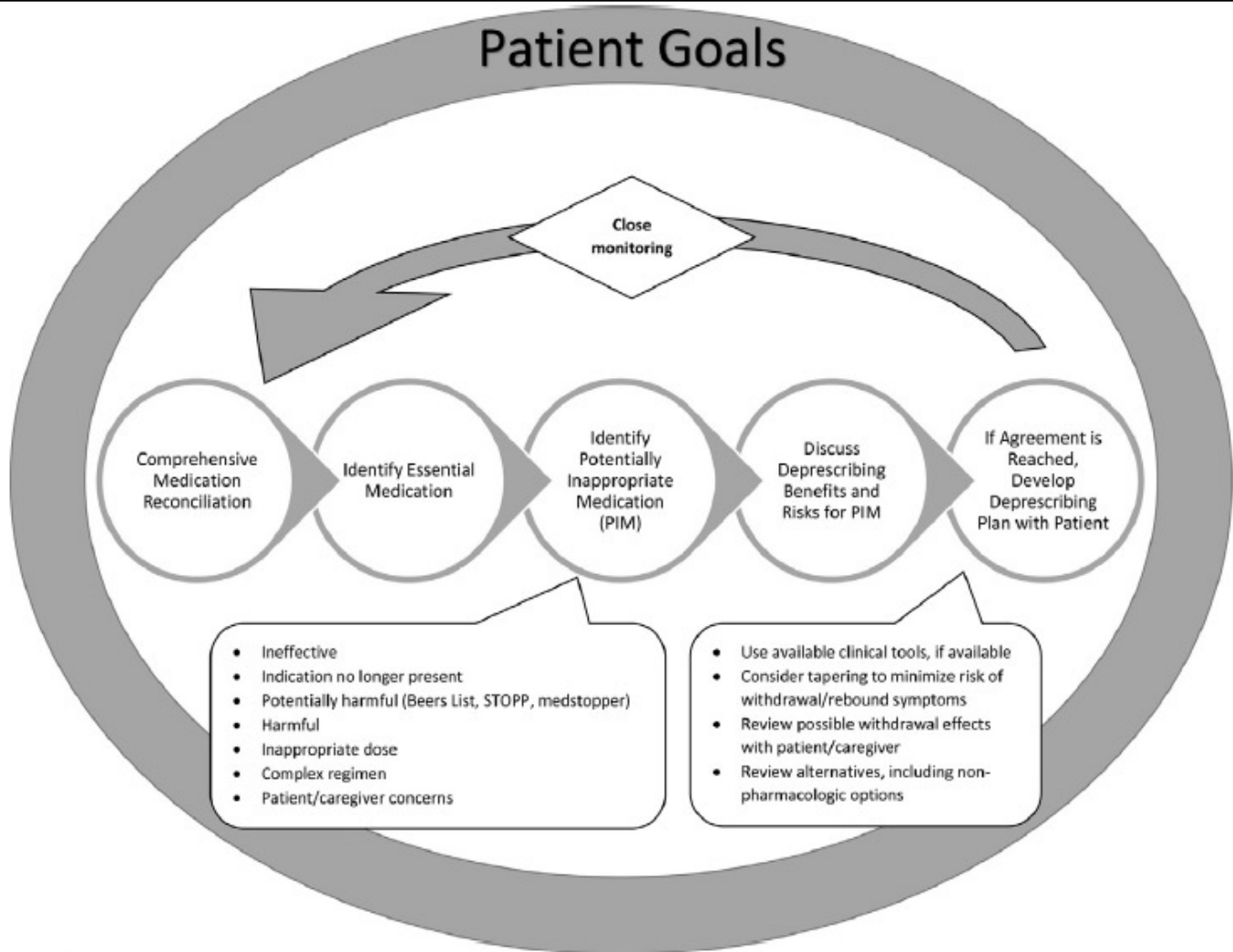
Démarche de déprescription

- 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



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
 - Opioides, 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!

Votre conduite...

- On vous écoute!

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!

Votre conduite...

- On vous écoute!