

Désescalade médicamenteuse chez les patients âgés ou en EMS

06 juin 2024

Harmonie Armenti
Pharmacienne clinicienne



L'escalade médicamenteuse : situation aiguë et chronique

Les anticholinergiques (ACE)

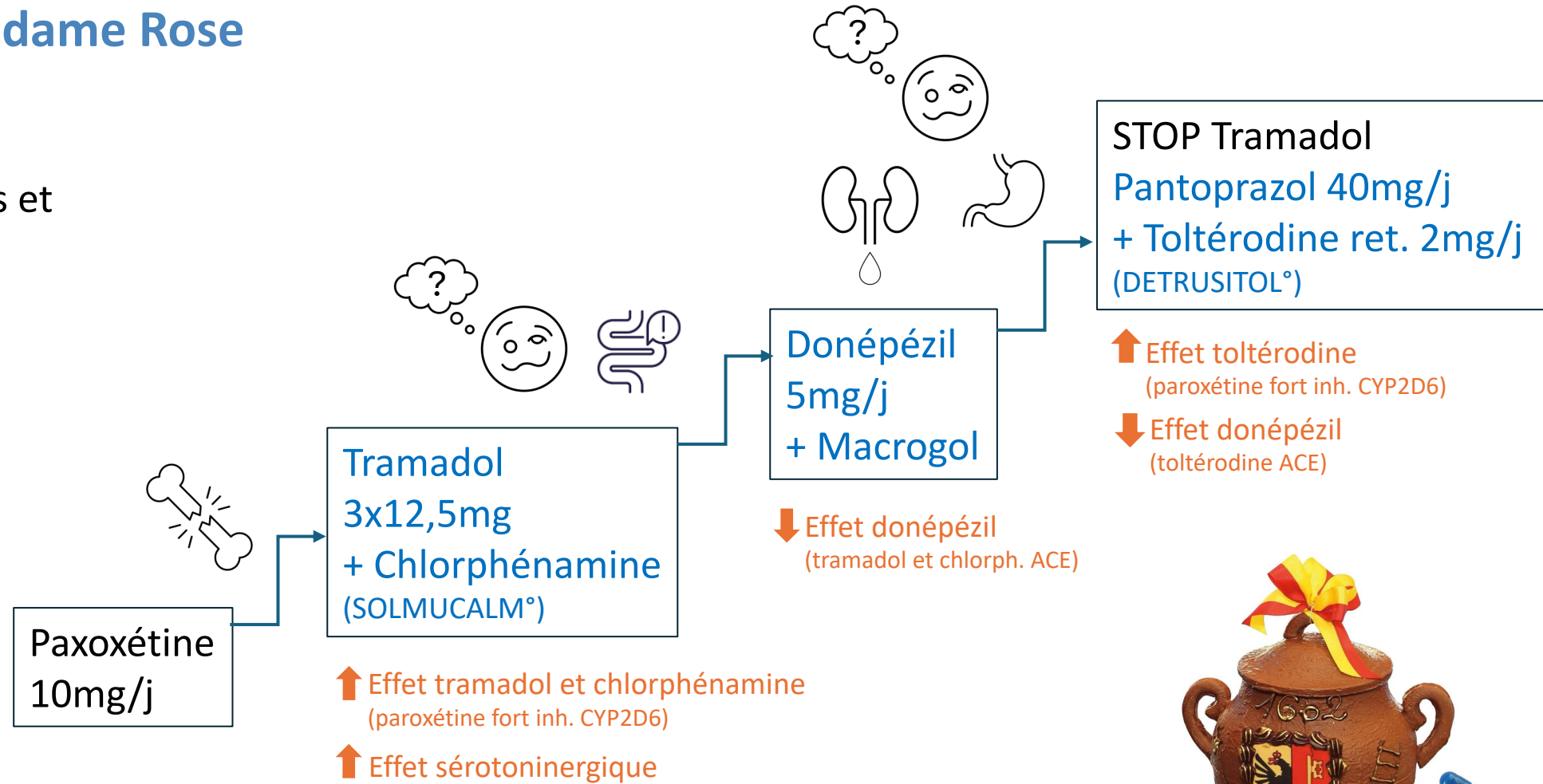
La déprescription : amorces, schémas de sevrage

Questions



L'escalade chez Madame Rose

70 ans
légers troubles cognitifs et
mnésiques,
troubles anxieux



Avant d'ajouter un médicament : suspecter tout nouveau symptôme comme un effet iatrogène !



Les anticholinergiques ACE

Risque accru de déclin cognitif, de chutes/fractures et de mortalité CV chez ≥ 65 ans

Ex :

- **ANTI-H1**

hydroxizine (ATARAX°), diphenhydramine (BENOCTEN°), doxylamine (SANALEPSI°), chlorphénamine (SOLMUCALM°)

- **AD TRICYCLIQUES**

amitriptyline (SAROTEN°), paroxétine (DEROXAT°), trimipramine (SURMONTIL°), mélitracène (DEANXIT°)

- **ANTIEMETIQUES**

méclozine (ITINEROL B6°), scopolamine (SCOPODERM°)

- **BRONCHODILATATEURS**

ipratropium (DOSPIR°), tiotropium (SPIRIVA°), glycopyrronium (ULTIBRO°)

- **NL**

quétiapine, clozapine, olanzapine

- **OPIACES ET DERIVES**

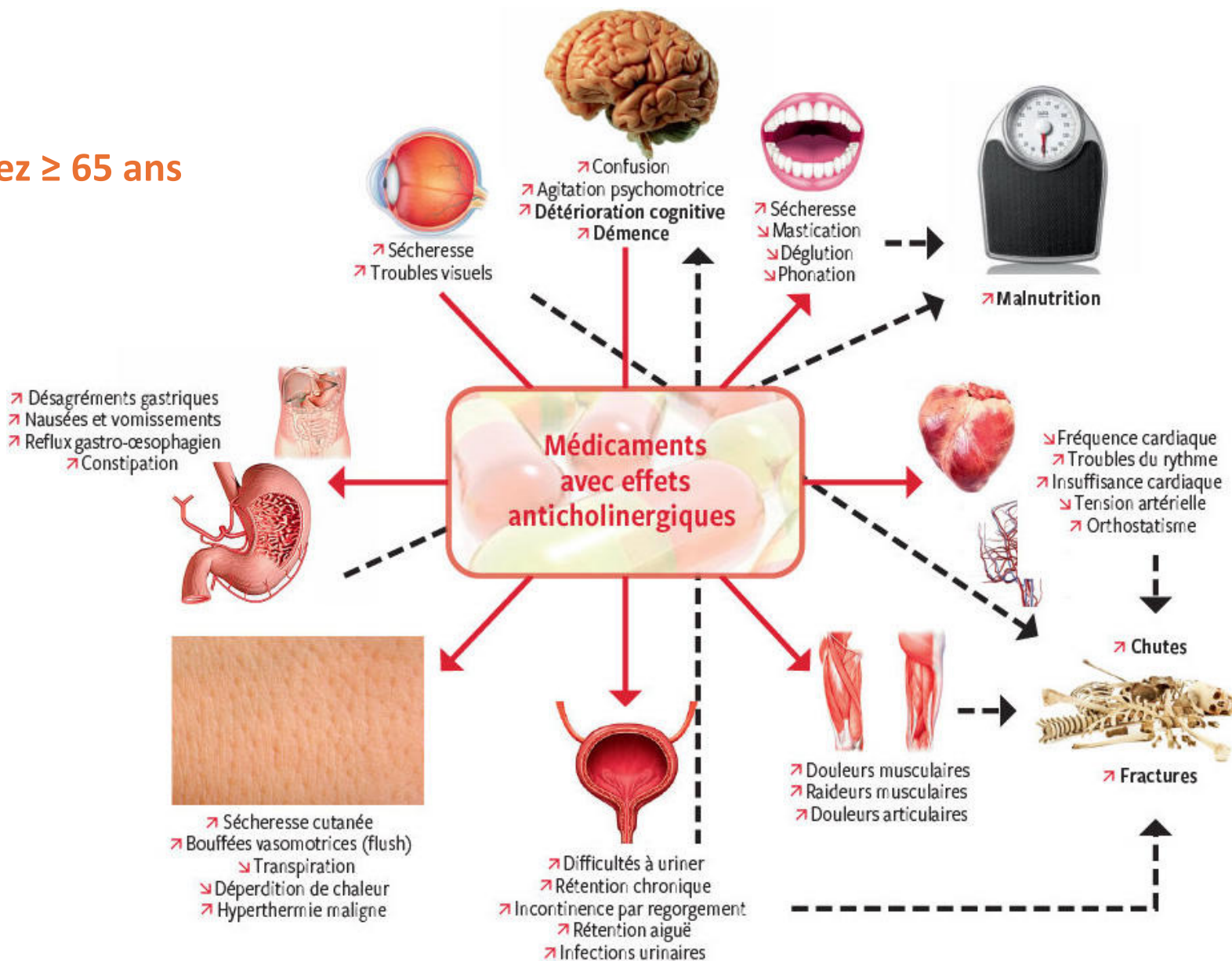
- **RELAXANTS MUSCULAIRES**

- **SPASMOLYTIQUES DIGESTIFS**

butylscopolamine (BUSCOPAN°)

- **SPASMOLYTIQUES URINAIRES**

- ...



Evaluer la charge anticholinergique **ACE**

Dès score ≥ 3 risque accru de confusion, chute, décès



	Pas d'effet ACE	1 point	2 points	3 points
Antalgiques	Paracétamol Ibuprofen	Codéine Morphine Coxibes	<i>Tramadol</i>	
Antitussifs		Dextrométophane		<i>Chlorphénamine</i>
Spasmolytiques urinaires	Mirabégron			<i>Toltérodine</i>
Antidépresseurs		Escitalopram Sertraline Mirtazapine		<i>Paroxétine</i>

Sevrer doucement pour éviter un effet rebond cholinergique !

L'escalade chez Monsieur Brun



50 ans
-HTA
-Hyperchol
-Troubles
du sommeil

3



70 ans
-Troubles
miction
-Profil TA
>cible

5



80 ans
Troubles
mnésiques

6



85 ans
-AVC
-FA

11



90 ans
-Troubles cognitifs
avec agitation
-Douleurs abdo
-Constipation

15

Irbesartan 150mg/j
Atorvastatine 40mg/j
Diphenhydramine 1cp/j (BENOCTEN®)

Solifénacine 10mg/j (VESICARE®)
Amlodipine 5mg/j

Ginkgo biloba 240mg/j

Apixaban 2x5mg/j
Majoration atorvastatine à 80mg/j

Metoprolol retard 25mg/j

Torasemide 5mg/j

Esomeprazole 20mg/j

Mélatonine retard 2mg/j

Escitalopram 10mg/j

Paracetamol 3g/j

Quétiapine 2x12,5mg/

Macrogol 1x/j





La désescalade chez Monsieur Brun



90 ans
15 SA

Irbesartan 150mg/j
Atorvastatine 40mg/j
Diphenhydramine 1cp/j (BENOCTEN®)

Solifénacine 10mg/j (VESICARE®)
Amlodipine 5mg/j

Ginkgo biloba 240mg/j

Apixaban 2x5mg/j
Majoration atorvastatine à 80mg/j
Metoprolol retard 25mg/j

Torasemide 5mg/j
Esomeprazole 20mg/j
Mélatonine retard 2mg/j

Escitalopram 10mg/j
Paracetamol 3g/j
Quétiapine 2x12,5mg/j
Macrogol 1x/j



Revue de la médication

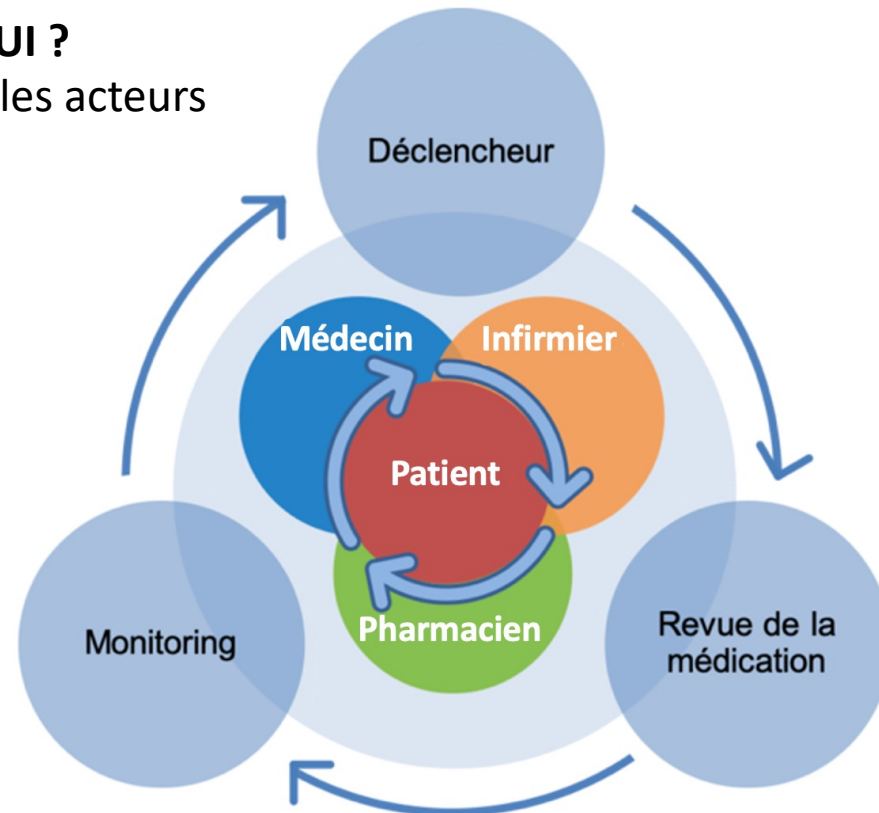
La revue de médication (RM) en interprofessionnel



Optimiser l'usage des médicaments

➤ QUI ?

Tous les acteurs



➤ QUAND ?

Symptôme soupçonné d'être lié au médicament
Changement majeur de l'état de santé
Difficultés de prise ou non-compliance
RM programmée (EMS : min 2x/an)

➤ A QUOI S'ATTENDRE ?

Informar le patient et tous les intervenants des effets
Cibler le suivi et documenter

➤ COMMENT ?

Approche individuelle
Méthodologie structurée



Revue de la médication



90 ans
15 SA

Irbesartan 150mg/j

Diphenhydramine 1cp/j (BENOCTEN°)

Solifénacine 10mg (VESICARE°)

Amlodipine 5mg/j

Ginkgo biloba 240mg/j

Apixaban 2x5mg/j

Atorvastatine 80mg/j

Metoprolol retard 25mg/j

Torasemide 5mg/j

Esomeprazole 20mg/j

Mélatonine retard 2mg/j

Escitalopram 10mg/j

Paracetamol 3g/j

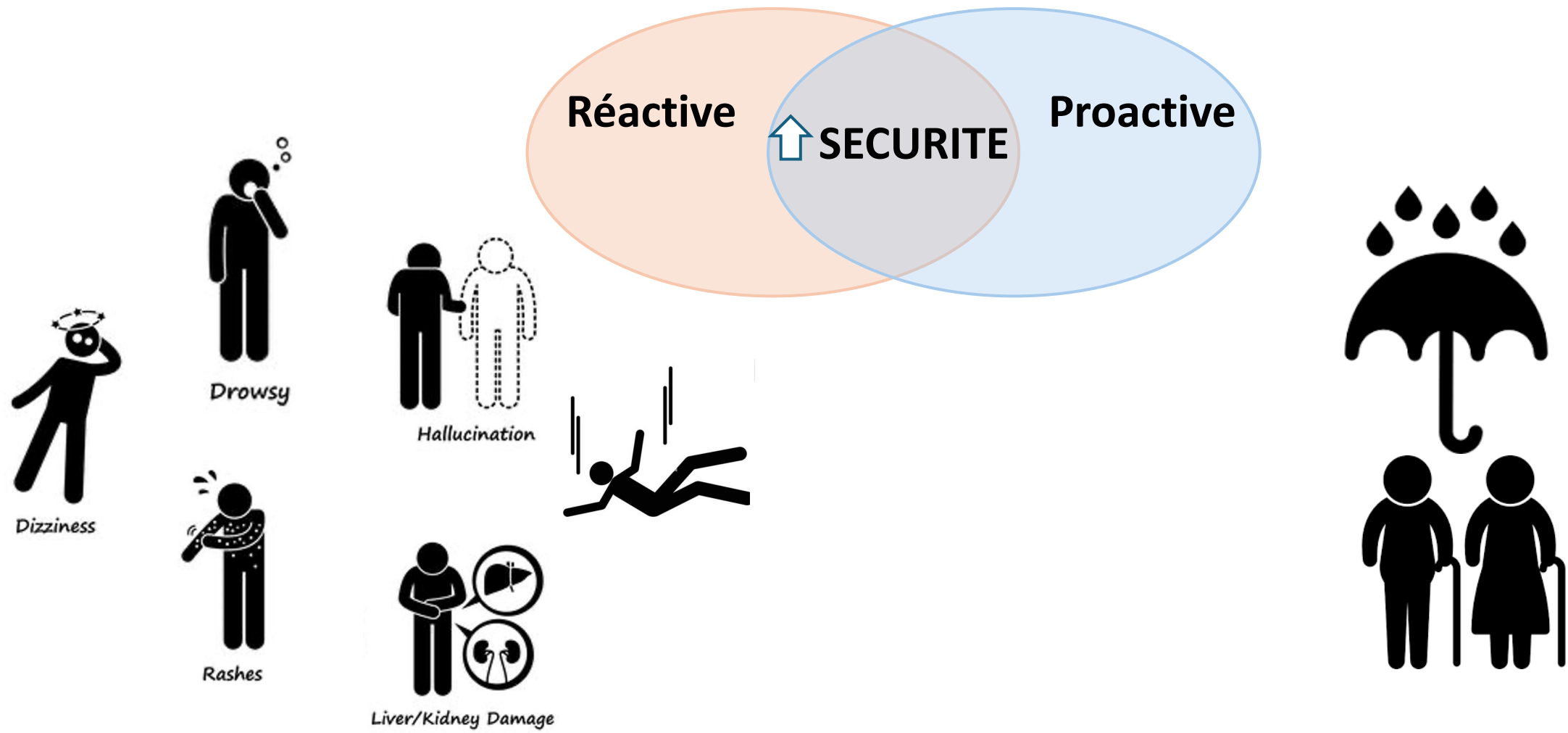
Quétiapine 2x12,5mg/j

Macrogol 1x/j

1. ETAT DE SANTE ACTUEL : plaintes/observations gênantes
2. REEVALUER L'INDICATION : selon contexte et projet de soins
3. MEDICAMENTS MANQUANTS
4. IDENTIFIER LES RISQUES : iatrogénie, IA, sur/sous-dosages
5. REEVALUER L'EFFICACITE : adapter les cibles thérapeutiques (ex : TA, HbA1c, LDL)
6. ENVISAGER LA **DEPRESCRIPTION** SI
7. MONITORER DOCUMENTER



La déprescription



Obstacles et **facilitateurs** à la déprescription



Manque d'arguments

Incertitudes des risques liés à l'arrêt

Manque de temps/n'est pas une priorité

Le patient veut arrêter

**Collaboration interprofessionnelle
(infirmiers, pharmaciens)**



Effets indésirables non perçus

Expérience négative avec l'arrêt d'un médicament

Expérience positive avec la déprescription

**IMPLICATION ET EDUCATION
DU PATIENT**



Peur de la péjoration de l'état de santé

Représentation ou information erronée liée au médicament

Le médecin propose de déprescrire

Aversion pour le médicament

Ai-je encore besoin de ce médicament?

Les médicaments sauvent des vies. Toutefois, en vieillissant, certains d'entre eux peuvent devenir inutiles ou même dangereux.



Questions à poser à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmière :

1. Pourquoi est-ce que je prends ce médicament ?
2. Quels sont les bénéfices et les risques potentiels de ce médicament ?
3. Est-ce que ce médicament peut affecter ma mémoire ou causer des chutes ?
4. Est-ce que je peux arrêter ce médicament ou en réduire la dose (c.-à-d. la déprescription) ?
5. Avec qui dois-je faire un suivi et quand ?

AMORCE PATIENT



Ai-je encore besoin de ce médicament?

Vous prenez un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Dexlansoprazole (Dexilant®) | <input type="radio"/> Pantoprazole sodium (Pantoloc®, Panto IV®) |
| <input type="radio"/> Ésoméprazole (Nexium®) | <input type="radio"/> Pantoprazole magnésium (Tecta®) |
| <input type="radio"/> Oméprazole (Losec®, Olex®) | <input type="radio"/> Rabéprazole (Pariet®) |
| <input type="radio"/> Lansoprazole (Prevacid®, Prevacid Fast Tab®) | |

* Les génériques commencent souvent par des mots tels que : Apo, Jamp, Novo, Pms, Ratio, Sanis, Teva.



Vous êtes à risque

Vous prenez un antihistaminique de première génération :



Vous êtes à risque

Vous prenez un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) :

- | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Aspirine | <input type="radio"/> Kétoprofène (Oruval®, Orudis®) | <input type="radio"/> Naproxen (Naprosyn®, Aleve®) |
| <input type="radio"/> Diclofenac (Voltaren®) | <input type="radio"/> Acide méfénamique (Ponstel®) | <input type="radio"/> Oxaprozin (Daypro®) |
| <input type="radio"/> Diffunisal (Dolobid®) | <input type="radio"/> Meloxicam (Mobic®) | <input type="radio"/> Piroxicam (Feldene®) |
| <input type="radio"/> Etodolac (Lodine®) | <input type="radio"/> Nabumetone (Relafen®) | <input type="radio"/> Sulindac (Clinoril®) |
| <input type="radio"/> Ibuprofène (Advil®) | | |



→ Matériel de communication aux patients et proches : reseaudeprescription.ca



Vous êtes à risque

Vous prenez un sédatif-hypnotique

QUIZ

Médicaments sédatifs-hypnotiques

1. Ce médicament est un tranquillisant prescrit couramment qu'on peut prendre en toute sécurité pour une longue période de temps. VRAI FAUX
2. La dose que je prends ne me cause aucun effet indésirable. VRAI FAUX
3. Sans ce médicament, je ne pourrais pas dormir ou je me sentirais trop anxieux. VRAI FAUX
4. Ce médicament est la meilleure option pour traiter mes symptômes. VRAI FAUX

Demandez-vous :

- Prenez-vous un sédatif-hypnotique depuis longtemps ? oui non
- Vous sentez-vous fatigué et somnolent pendant la journée ? oui non
- Vous réveillez-vous le matin avec une sensation de lendemain de veille, même si vous n'avez pas bu ? oui non
- Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes de mémoire ou d'équilibre ? oui non



L'histoire de Madame Robinson

Elle prenait du lorazépam, un médicament comme celui que vous prenez

PROGRAMME DE SEVRAGE

Il est recommandé de suivre ce programme avec votre médecin ou votre pharmacien afin de sevrer votre sédatif-hypnotique.

SEMAINES	PLAN DE SEVRAGE							✓
	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	
1 et 2	●	●	●	●	●	●	●	
3 et 4	◐	●	◐	◐	●	◐	◐	
5 et 6	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
7 et 8	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
9 et 10	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
11 et 12	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
13 et 14	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐	
15 et 16	✕	◐	✕	✕	◐	✕	◐	
17 et 18	✕	✕	✕	✕	✕	✕	✕	

Légende

●	◐	◑	✕
Pleine dose	La moitié de la dose	Le quart de la dose	Aucune dose

AMORCE PATIENT

Brochure éducative

- Évaluer les connaissances
- Informer sur les EI et les risques
- Informer sur les alternatives, conseils
- Renforcer les capacités du patient à dormir sans hypnotique (témoignage)
- Plan de sevrage

RCT : 148 patients >65 ans consommateurs chroniques hypnotiques

Après 6 mois : 27% d'entre eux ont arrêté l'hypnotique



AMORCE MEDECIN

« En me penchant sur vos médicaments, je constate qu'il y en a plusieurs que vous prenez depuis longtemps. Je souhaiterais que l'on prenne un moment pour réfléchir ensemble afin d'identifier ceux qui sont peut-être devenus inutiles ou délétères pour votre santé.

Qu'en pensez-vous? »

DEPRESCRIPTION



S'accorder
avec le patient/famille/
équipe soignante



**Déprescrire un
médicament à la fois**
commencer avec le plus
« facile »



**Programmer un sevrage
lent, voire « très lent »**
risque d'effet
rebond/sevrage/levée d'IA

Demandez conseil!



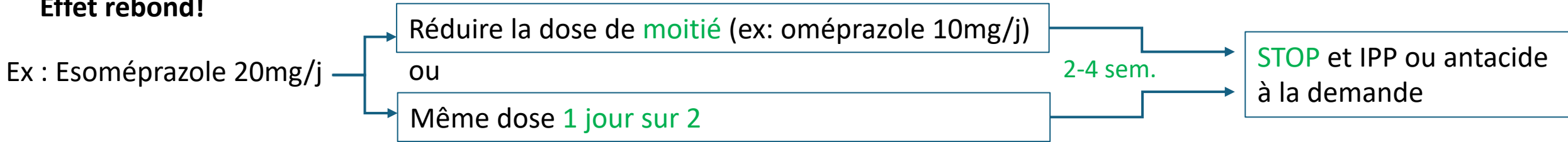
Monitorer et documenter
cibler les signes pour
lesquels le médicament avait
été introduit

Déprescription progressive recommandée chez >65ans



IPP : si prise >8 sem. et/ou sans indication stricte

Effet rebond!



NL : si indication d'insomnie ou si prise >3 mois pour des SCPD

Effet rebond!



BZD : si >4 sem.

Effet rebond !

Dépendance physique et psychique

Z-drugs : tolérance rapide à l'effet sédatif et hypnotique (>10-14j)

Ex : Zolpidem 10mg : réduction de la dose de 10 à 25% chaque 2 sem. sur min 6 sem

SEMAINES	PLAN DE SEVRAGE						
	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM
1 et 2	◐	●	●	●	◐	●	●
3 et 4	◐	●	◐	◐	●	◐	◐
5 et 6	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
7 et 8	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
9 et 10	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
11 et 12	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
13 et 14	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
15 et 16	✗	◐	✗	✗	◐	✗	◐

Les antidépresseurs

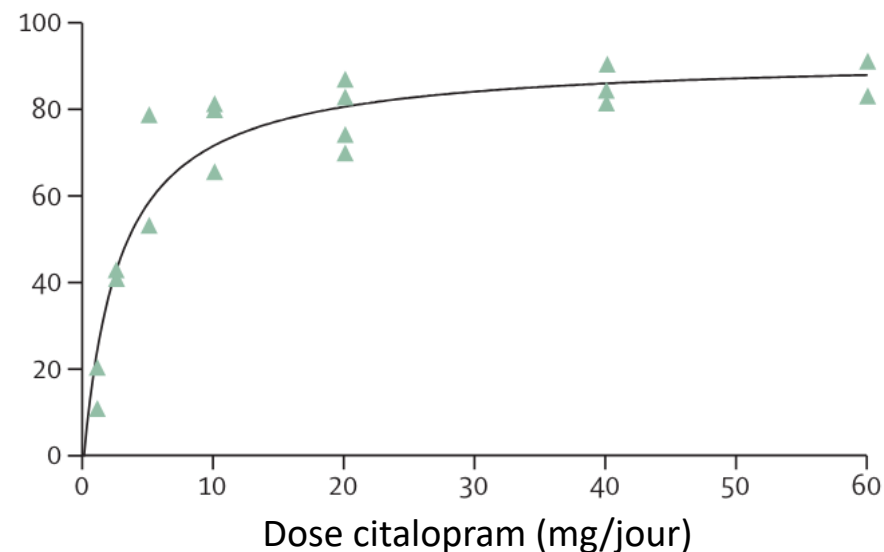
1. Eviter les schémas de réduction de type « 1 jour sur 2 »
2. Programmer un sevrage aussi lent que possible, surtout si :
 - ATDC de symptômes de sevrage (oubli)
 - Historique d'échec lors de tentative d'arrêt
 - Dose élevée sur une longue période

→ Réduction progressive surtout les derniers mg*

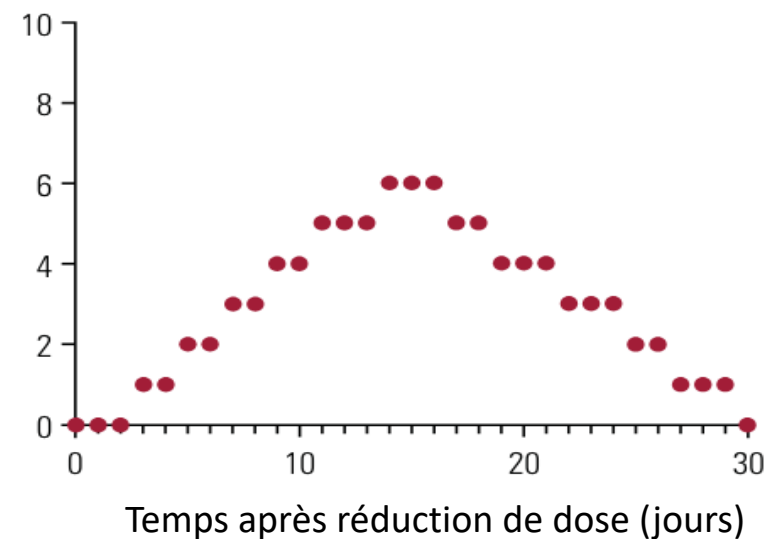
3. Attention à la confusion entre symptômes de sevrage et signes de rechute !

- Informer le patient et/ou l'équipe soignante
- Cibler le suivi

Taux saturation
transporteur 5-HT
(%)



Degré de sévérité
des symptômes
de sevrage



*<https://www.cbip.be/fr/arret-progressif-des-antidepresseurs-lignes-directrices-mise-a-jour-2024>

Lancet Psychiatry 2019 Published Online March 5, 2019

BJPsych Advances (2022), page 1 of 15 doi: 10.1192/bja.2021.62

Merci pour votre attention

