

Lucie-Marie SCAILTEUX

Sylvie PICARD

Centre Régional de Pharmacovigilance de Rennes

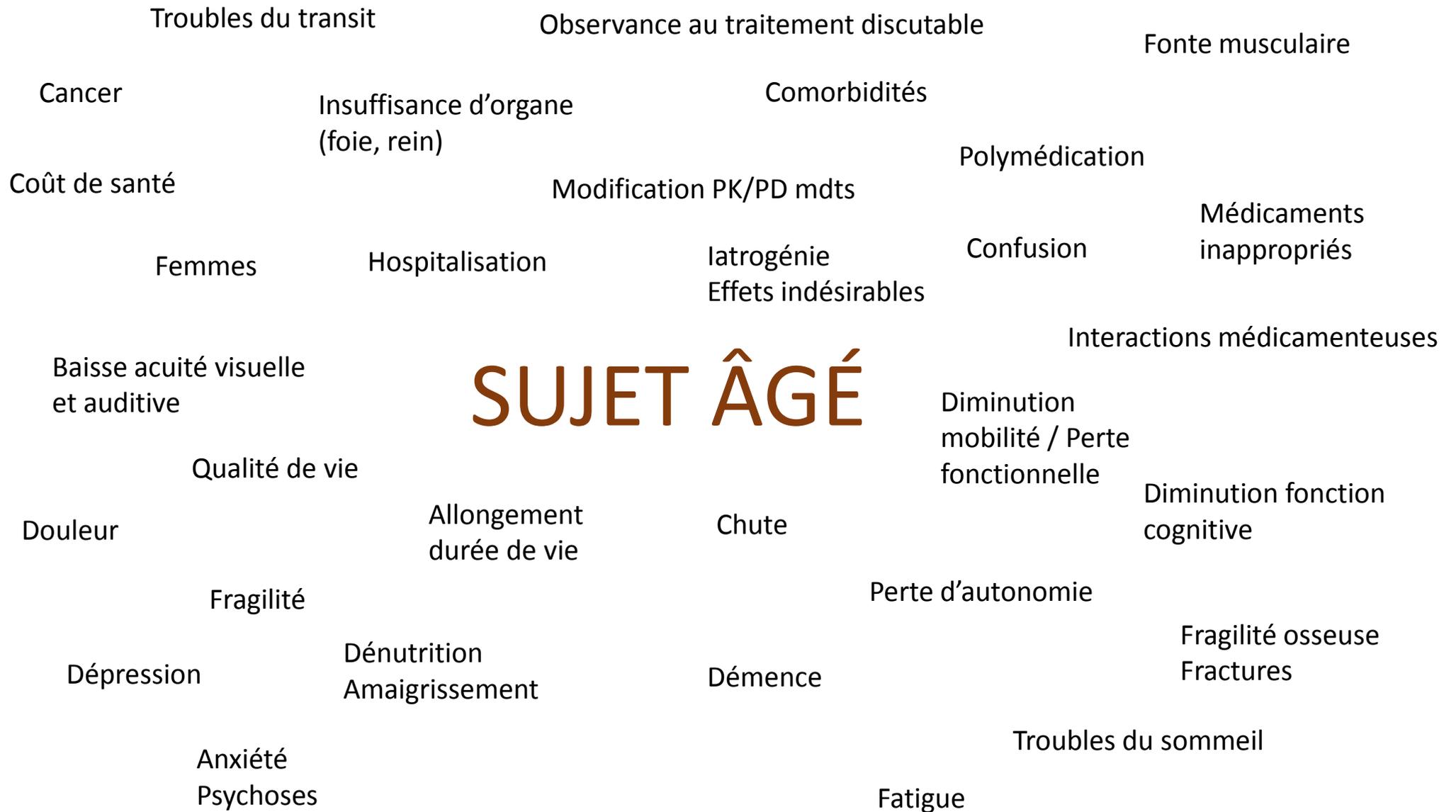
Service de Pharmacologie

CHU Rennes



Principaux risques médicamenteux chez la personne âgée





Fragilité¹ SUJET ÂGÉ

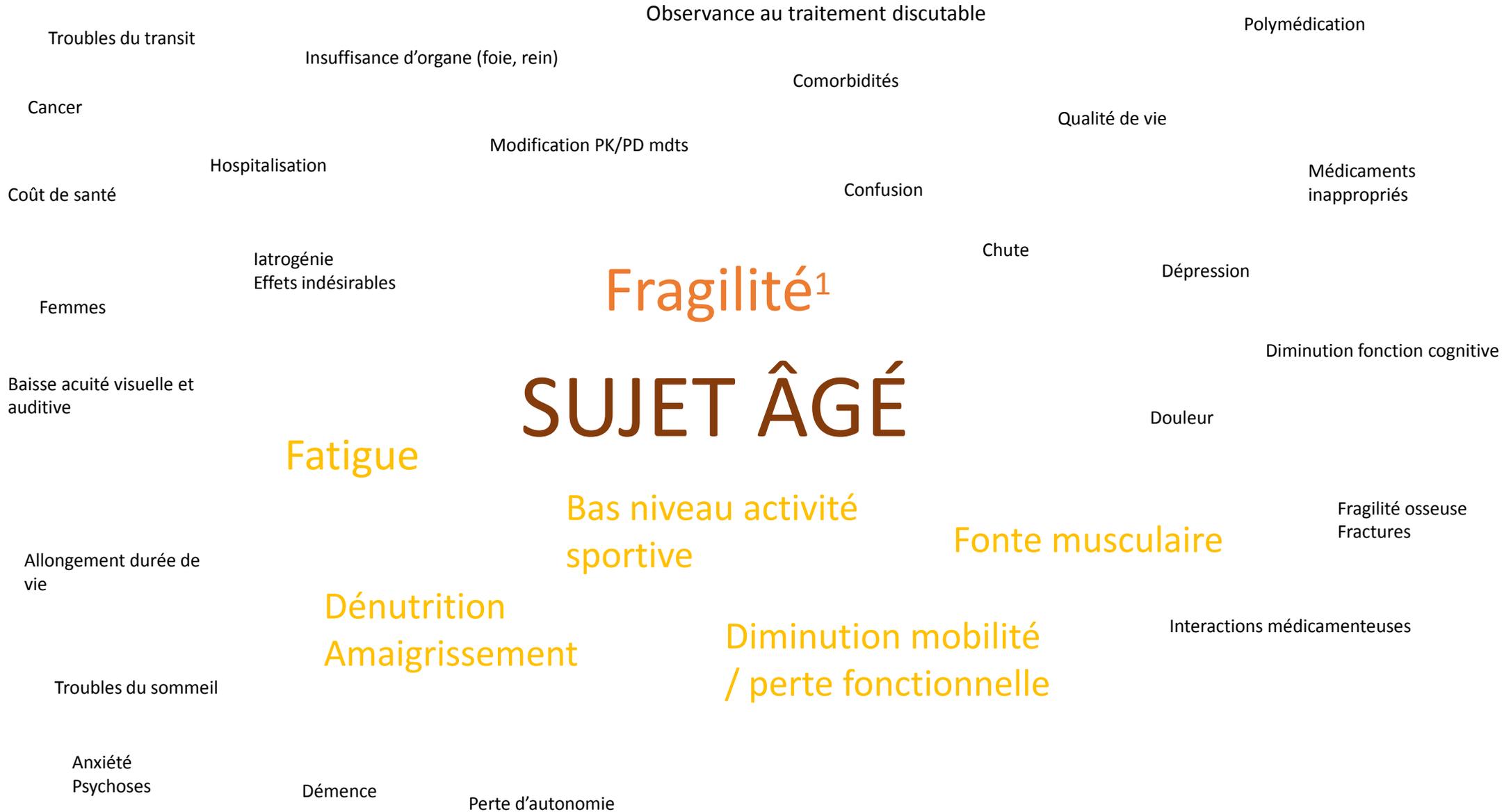
Fatigue

Bas niveau activité sportive

Fonte musculaire

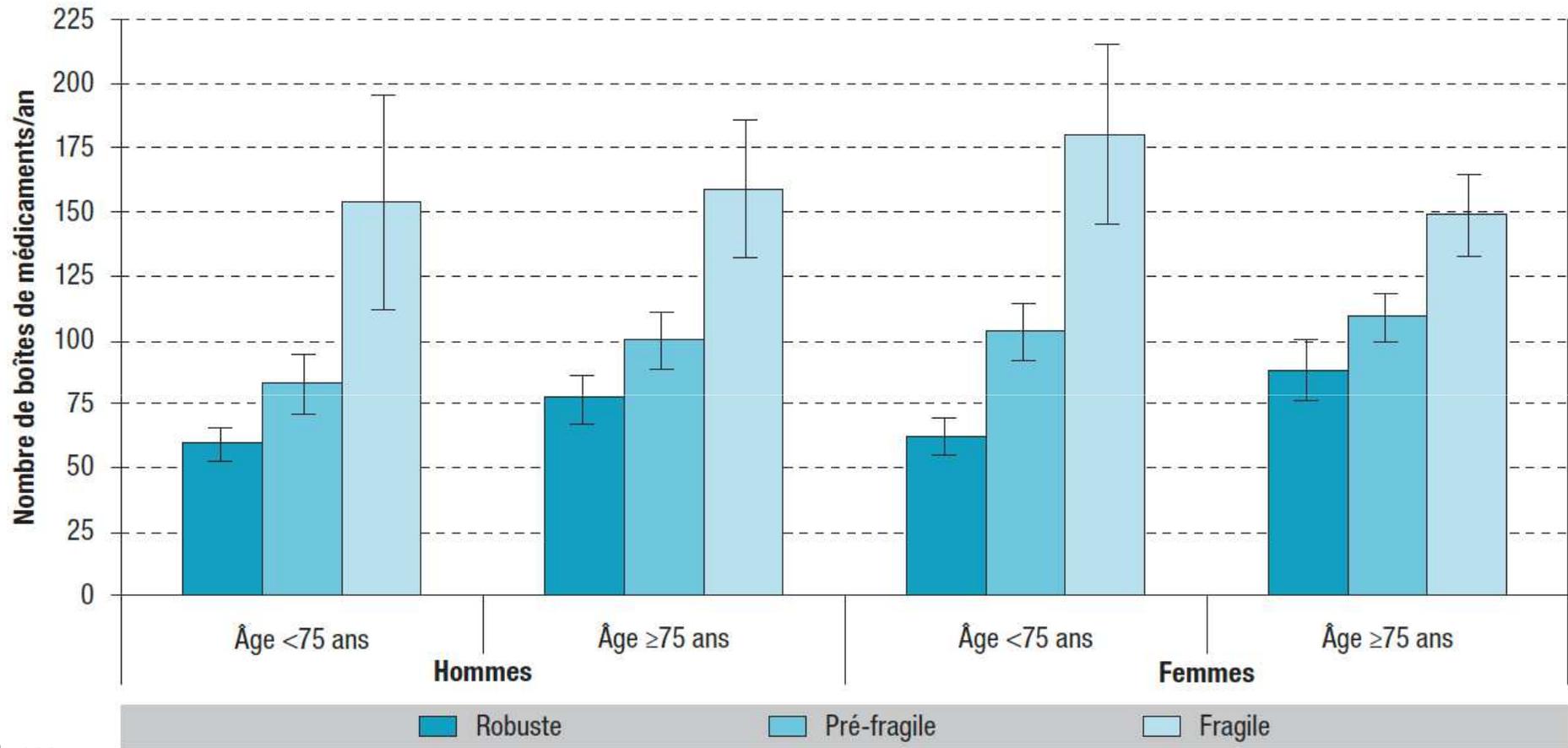
Dénutrition
Amaigrissement

Diminution mobilité / perte fonctionnelle



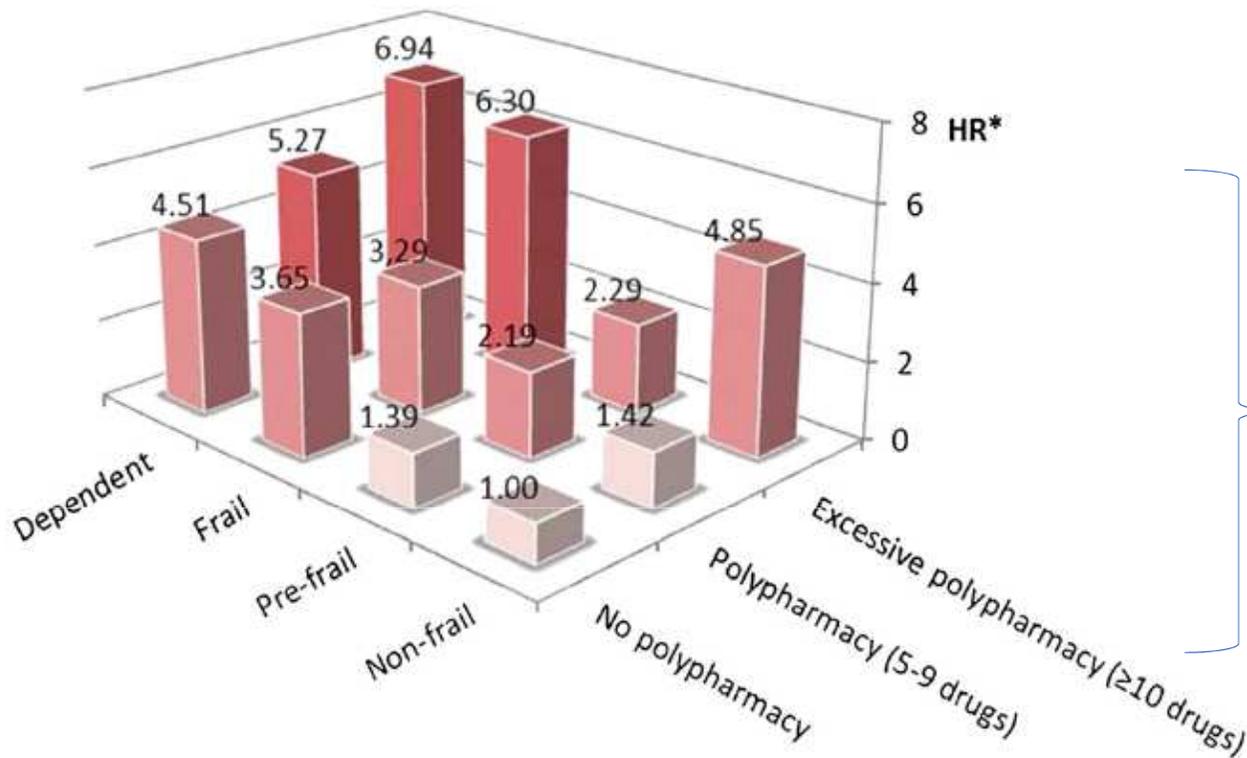
1. Fried LP, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001

Nombre de boîtes de médicaments délivrées par individu en 2012 en fonction du statut fragile (moyenne et intervalle de confiance à 95%)



Phénotypes

- robuste: aucun critère
- pré-fragile : 1 à 2 critères
- fragile : > 3 critères



Cecile M., Rev Med Interne, 2009

↳ **comorbidités et polymédication associés à un ↑ risque d'effet indésirable médicamenteux**

Herr M., Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2015

Etude française chez des patients âgés ≥ 70 ans

Objectif: étudier la prévalence de la polypharmacie et de la fragilité et évaluer leur effet combiné sur le risque de mortalité

↳ **nombre de médicaments et phénotype de fragilité significativement associés à un ↑ risque décès**

Figure 2. Mortality risk according to the combination of frailty and polypharmacy variables. * Hazard ratios (HR) adjusted for gender, age, comorbidity, cognitive impairment, and difficulty in IADL. *Legend:* Light colour: mortality risk not significantly different from 1; mild colour: significant increase in mortality risk; deep colour: significant increase in mortality risk higher than 5

Enquêtes Nationales sur les Évènements Indésirables graves associés aux Soins : ENEIS, 2004 et 2009

1,3 % des séjours hospitaliers en 2009 causés par un effet indésirable grave (EIG) **évitable**
versus 0,7 % en 2004

Anticoagulants (surtout AVK) = 1^{er} rang des accidents iatrogènes graves (31 % en
2009 vs 37 % en 2004)

Enquêtes sur les effets indésirables des Médicaments, Incidence et Risque : EMIR, 2006 – Etude réalisée par le réseau des CRPV

Bénard-Larivière A., Fundament Clin Pharmacol 2015

3,6 % IC95% [2,8% - 4,4%] des hospitalisations dues à un effet indésirable (EI)

dont 48,5 % de ces EI évitables ou potentiellement évitables

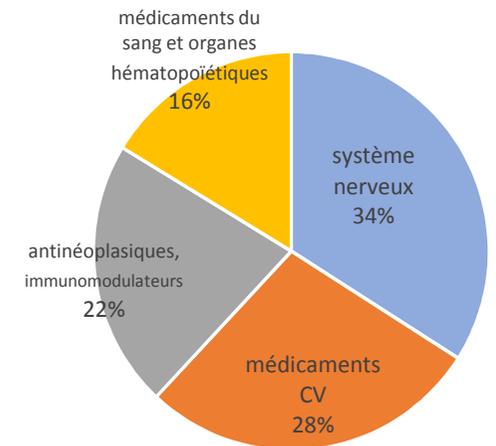
Taux d'incidence augmente avec l'âge :

3,29 % [2,4 % - 4,5 %] chez les 16-64 ans

4,91 % [3,8 % - 6,0 %] chez les ≥ 65 ans

Parmi les causes d'EI évitables :

- erreur de prescription, de dispensation ou d'administration
- erreur par automédication
- arrêt brutal du traitement
- incompréhension quant aux règles d'administration/dispensation



Classes ATC impliquées dans un EI

Enquête sur la iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation, incidence, caractérisation et évitabilité :

IATROSTAT, 2018

Etude réalisée par le réseau des CRPV

Iatrogénie et événements intercurrents

≈ 44% des cas des accidents iatrogènes graves (Doucet, Clin Drug Invest. 2002)

✓ Événements médicaux aigus

- Fièvre
- Déshydratation, modification hémodynamique
- Infection
- Insuffisance cardiaque, décompensation ...

!! observance réelle du patient
!! observance lors d'une hospitalisation

✓ Modifications de l'ordonnance

- Introduction (!! interactions médicamenteuses)
- Arrêt (sevrage, effet rebond...)
- Modification

Un médicament pris depuis des années peut donc être la cause d'un accident iatrogène

✓ Modifications de l'entourage

✓ Modifications de l'environnement

Cascade thérapeutique

Patient atteint d'arthrose

Prise régulière d'AINS

vasoconstriction systémique et rénale

→ HTA

⇒ traitement (TTT) antihypertenseur

Traitement par diurétique thiazidique

action anti-uricosurique

→ hyperuricémie 2ndaire symptomatique

⇒ TTT par **allopurinol**

→ Stevens Johnson

→ hospitalisation

→ séquelles oculaires, vue altérée

Prescription d'un β -bloquant

effet sur les récepteurs β adrénergiques centraux

→ incidence accrue d'insomnie

⇒ traitement par **benzodiazépines**

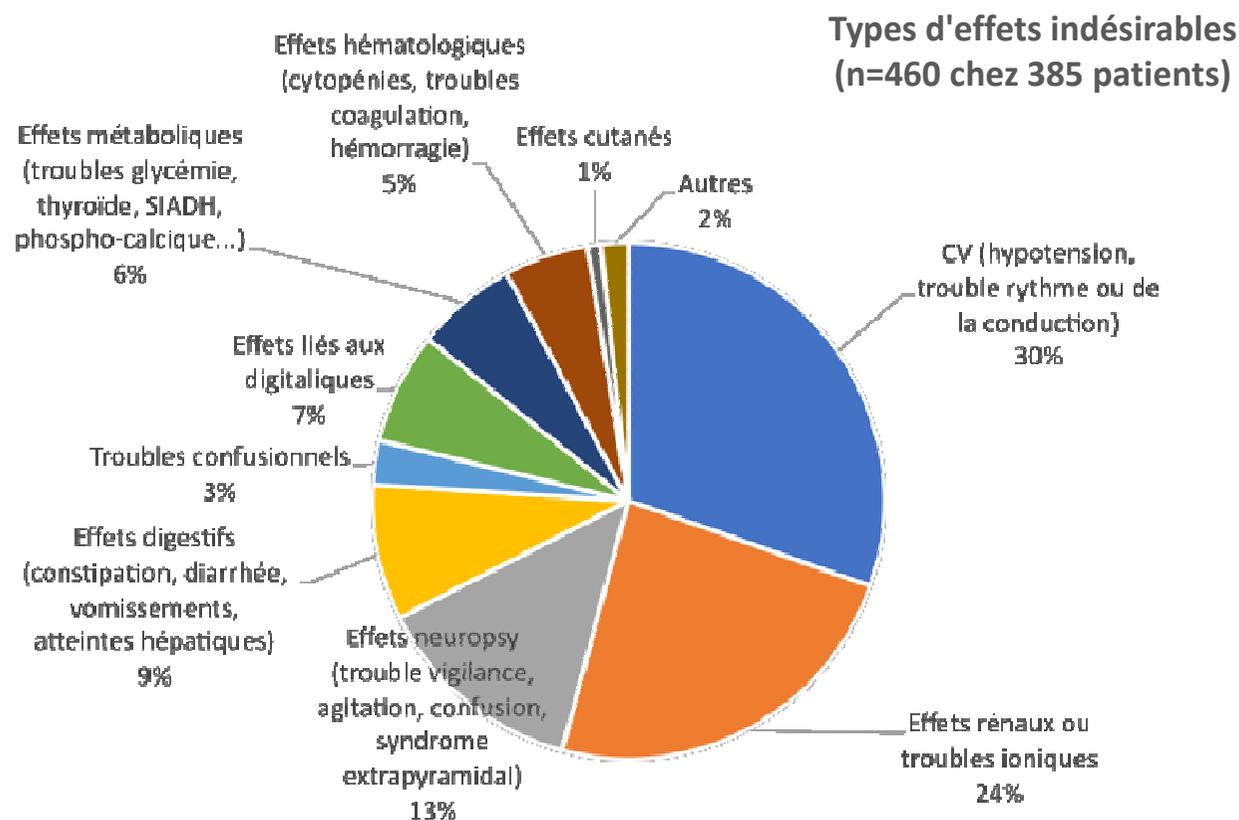
→ chute avec fracture col du fémur

→ perte d'autonomie définitive

Laroche ML. et al., Br J Clin Pharmacol, 2009

Etude chez des patients ≥ 70 ans (n=2018), hospitalisés en gériatrie au CHU de Limoges

Objectif: évaluer la prévalence des EI sur période 49 mois \rightarrow 19 %



	All patients (N= 2018) n (%)	Patients with ADRs (N = 385) n (%)	Patients with serious ADRs (N= 220) n (%)
Any inappropriate medication	1331 (66.0)	79 (20.5)	56 (25.5)
Antiemetic drugs with extrapyramidal properties	35 (1.7)	2 (0.5)	2 (0.9)
Cerebral vasodilators*	734 (36.4)	24 (6.2)	19 (8.6)
<i>Analgesics</i>			
Propoxyphene or dextropropoxyphene	159 (7.9)	3 (0.8)	2 (0.9)
Pentazocine	0 (0.0)	-	-
<i>Sedative or hypnotic drugs</i>			
Long-acting benzodiazepines (half-life ≥ 20 h)†	468 (23.2)	23 (5.9)	18 (8.2)
Chlordiazepoxide or diazepam	24 (1.2)	3 (0.8)	1 (0.5)
Meprobamate	73 (3.6)	2 (0.5)	2 (0.9)
Barbiturates	43 (2.1)	2 (0.5)	2 (0.9)
<i>Drugs with anticholinergic properties</i>			
Anticholinergic antidepressants	150 (7.4)	26 (6.7)	16 (7.3)
Anticholinergic muscle relaxants and antispasmodic drugs	31 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Anticholinergic H1 antihistamines	70 (3.5)	2 (0.5)	0 (0.0)
Diphenhydramine	7 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Gastrointestinal antispasmodic drugs	6 (0.3)	1 (0.2)	0 (0.0)
Disopyramide	16 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>Nonsteroidal anti-inflammatory drugs</i>			
Indomethacin	2 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Phenylbutazone	0 (0.0)	-	-
<i>Antihypertensive</i>			
Methyldopa	15 (0.7)	5 (1.3)	3 (1.4)
Reserpine	1 (0.05)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>Antiplatelet drugs</i>			
Dipyridamole	81 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Ticlopidine	25 (1.2)	2 (0.5)	1 (0.5)
<i>Hypoglycaemic</i>			
Chlorpropamide	7 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>Added criteria adapted to French practice</i>			
Concomitant use of two or more psychotropic drugs from the same therapeutic class	133 (6.6)	9 (2.3)	7 (3.2)
Concomitant use of two or more nonsteroidal anti-inflammatory drugs	56 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Other anticholinergic drugs not mentioned by Beers	91 (4.5)	5 (1.3)	5 (2.3)

*Pentoxifylline, nicergoline, dihydroergotamine, Ginkgo biloba, piracetam, ...
†Bromazepam, prazepam, clorazepate, nordazepam, ...

Polymédication et Médicaments inappropriés

	Conséquences médicales, économiques et sociales de l'utilisation de médicaments inappropriés et polymédication
1	Effets indésirables médicamenteux
2	Interactions médicamenteuses
3	Interaction médicament-maladie
4	Déficit cognitif / délire
5	Perte de poids, dénutrition
6	Chutes
7	Fractures de hanche
8	Incontinence urinaire
9	Déficit fonctionnel, diminution mobilité
10	Hospitalisation
11	Long-séjours en établissement de soins ou maison de retraite
12	Perte de qualité de vie
13	Mort
14	Diminution de la compliance aux traitements
15	Augmentation des coûts de santé (individuels et systèmes de santé)

Médicament inapproprié :
médicament dont les risques dépassent les
bénéfices attendus

✓ Liste de Laroche, 2007 (Laroche ML, Eur J Clin Pharmacol 2007)

✓ Critères de Beers 2015

J Am Geriatr Soc. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015

Table 2. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

Organ System, Therapeutic Category, Drugs	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Anticholinergics				
First-generation antihistamines Brompheniramine Carbinoxamine Chlorpheniramine Clemastine Cyproheptadine Dexbrompheniramine Dexchlorpheniramine Dimenhydrinate Diphenhydramine (oral) Doxylamine Hydroxyzine Meclizine Promethazine Triprolidine	Highly anticholinergic; clearance reduced with advanced age, and tolerance develops when used as hypnotic; risk of confusion, dry mouth, constipation, and other anticholinergic effects or toxicity Use of diphenhydramine in situations such as acute treatment of severe allergic reaction may be appropriate	Avoid	Moderate	Strong
Antiparkinsonian agents Benztropine (oral) Trihexyphenidyl	Not recommended for prevention of extrapyramidal symptoms with antipsychotics; more-effective agents available for treatment of Parkinson disease	Avoid	Moderate	Strong
Antispasmodics Atropine (excludes ophthalmic) Belladonna alkaloids Clidinium-Chlordiazepoxide Dicyclomine Hyoscyamine Propantheline Scopolamine	Highly anticholinergic, uncertain effectiveness	Avoid	Moderate	Strong
Antithrombotics				
Dipyridamole, oral short-acting (does not apply to the extended-release combination with aspirin)	May cause orthostatic hypotension; more effective alternatives available; intravenous form acceptable for use in cardiac stress testing	Avoid	Moderate	Strong
Ticlopidine	Safer, effective alternatives available	Avoid	Moderate	Strong
Anti-infective				
Nitrofurantoin	Potential for pulmonary toxicity, hepatotoxicity, and peripheral neuropathy, especially with long-term use; safer alternatives available	Avoid in individuals with creatinine clearance <30 mL/min or for long-term suppression of bacteria	Low	Strong
Cardiovascular				
Peripheral alpha-1 blockers Doxazosin Prazosin Terazosin	High risk of orthostatic hypotension; not recommended as routine treatment for hypertension; alternative agents have superior risk-benefit profile	Avoid use as an antihypertensive	Moderate	Strong

Organ System, Therapeutic Category, Drugs	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Antidepressants, alone or in combination Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Desipramine Doxepin >6 mg/d Imipramine Nortriptyline Paroxetine Protriptyline Trimipramine	Highly anticholinergic, sedating, and cause orthostatic hypotension; safety profile of low-dose doxepin (≤ 6 mg/d) comparable with that of placebo	Avoid	High	Strong
Antipsychotics, first- (conventional) and second- (atypical) generation	Increased risk of cerebrovascular accident (stroke) and greater rate of cognitive decline and mortality in persons with dementia Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacological options (e.g., behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or others	Avoid, except for schizophrenia, bipolar disorder, or short-term use as antiemetic during chemotherapy	Moderate	Strong
Barbiturates Amobarbital Butabarbital Butalbital Mephobarbital Pentobarbital Phenobarbital Secobarbital	High rate of physical dependence, tolerance to sleep benefits, greater risk of overdose at low dosages	Avoid	High	Strong
Benzodiazepines <i>Short- and intermediate- acting</i> Alprazolam Estazolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam	Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; in general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults	Avoid	Moderate	Strong

Disease or Syndrome	Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Parkinson disease	All antipsychotics (except aripiprazole, quetiapine, clozapine) Antiemetics Metoclopramide Prochlorperazine Promethazine	Dopamine-receptor antagonists with potential to worsen parkinsonian symptoms Quetiapine, aripiprazole, clozapine appear to be less likely to precipitate worsening of Parkinson disease	Avoid	Moderate	Strong
Gastrointestinal					
History of gastric or duodenal ulcers	Aspirin (>325 mg/d) Non-COX-2 selective NSAIDs	May exacerbate existing ulcers or cause new or additional ulcers	Avoid unless other alternatives are not effective and patient can take gastroprotective agent (i.e., proton-pump inhibitor or misoprostol)	Moderate	Strong
Kidney and urinary tract					
Chronic kidney disease Stages IV or less (creatinine clearance <30 mL/min)	NSAIDs (non-COX and COX-selective, oral and parenteral)	May increase risk of acute kidney injury and further decline of renal function	Avoid	Moderate	Strong
Urinary incontinence (all types) in women	Estrogen oral and transdermal (excludes intravaginal estrogen) Peripheral alpha-1 blockers Doxazosin Prazosin Terazosin	Aggravation of incontinence	Avoid in women	Estrogen: high Peripheral alpha-1 blockers: moderate	Estrogen: strong Peripheral alpha-1 blockers: strong
Lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia	Strongly anticholinergic drugs, except antimuscarinics for urinary incontinence (see Table 7 for complete list)	May decrease urinary flow and cause urinary retention	Avoid in men	Moderate	Strong

The primary target audience is the practicing clinician. The intentions of the criteria are to improve selection of prescription drugs by clinicians and patients; evaluate patterns of drug use within populations; educate clinicians and patients on proper drug usage; and evaluate health-outcome, quality-of-care, cost, and utilization data.

^a Excludes inhaled and topical forms. Oral and parenteral corticosteroids may be required for conditions such as exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease but should be prescribed in the lowest effective dose and for the shortest possible duration.

CCB = calcium channel blocker; AChEI = acetylcholinesterase inhibitor; CNS = central nervous system; COX = cyclooxygenase; NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drug; SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors; TCA = tricyclic antidepressant.

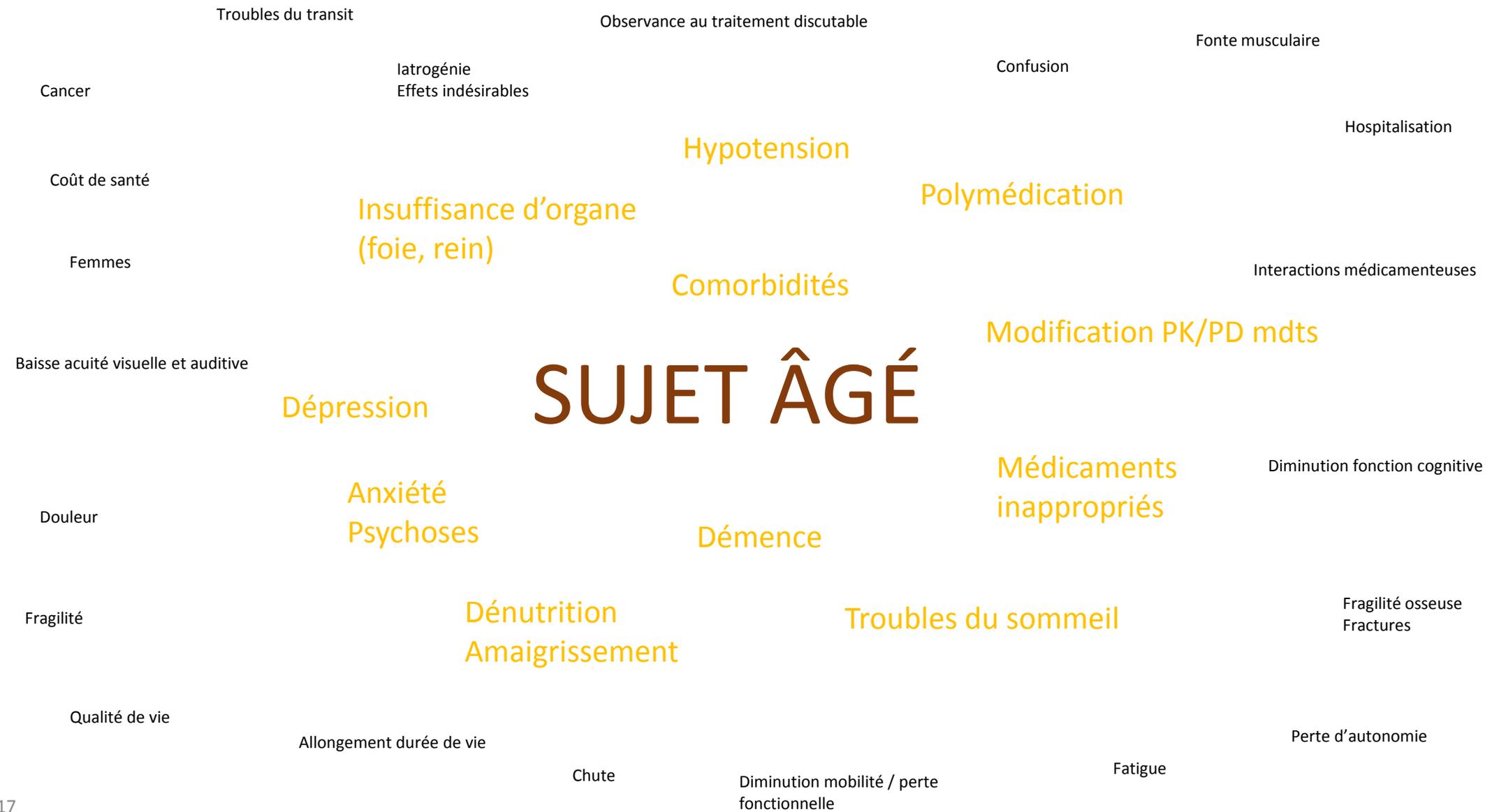
Disease or Syndrome	Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Dementia or cognitive impairment	Anticholinergics (see Table 7 for full list) Benzodiazepines H ₂ -receptor antagonists Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics Eszopiclone Zolpidem Zaleplon Antipsychotics, chronic and as-needed use	Avoid because of adverse CNS effects Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacological options (e.g., behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or others. Antipsychotics are associated with greater risk of cerebrovascular accident (stroke) and mortality in persons with dementia	Avoid	Moderate	Strong
History of falls or fractures	Anticonvulsants Antipsychotics Benzodiazepines Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics Eszopiclone Zaleplon Zolpidem TCAs SSRIs Opioids	May cause ataxia, impaired psychomotor function, syncope, additional falls; shorter-acting benzodiazepines are not safer than long-acting ones If one of the drugs must be used, consider reducing use of other CNS-active medications that increase risk of falls and fractures (i.e., anticonvulsants, opioid-receptor agonists, antipsychotics, antidepressants, benzodiazepine-receptor agonists, other sedatives and hypnotics) and implement other strategies to reduce fall risk	Avoid unless safer alternatives are not available; avoid anticonvulsants except for seizure and mood disorders Opioids: avoid, excludes pain management due to recent fractures or joint replacement	High Opioids: moderate	Strong Opioids: strong
Insomnia	Oral decongestants Pseudoephedrine Phenylephrine Stimulants Amphetamine Armodafinil Methylphenidate Modafinil Theobromines Theophylline Caffeine	CNS stimulant effects	Avoid	Moderate	Strong

Polymédication, polypharmacie

Outil STOPP/START

= liste de critères explicites, validée par des experts européens (médecins généralistes, gériatres, neuropsychiatres, pharmaciens), qui permet l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits aux patients ≥ 65 ans.

Liste courte. Exemples fréquents de prescription potentiellement inappropriée observés chez les patients de 65 ans et plus, par excès (STOPP.v2) ou par défaut (START.v2)	
STOPP	si
Benzodiazépines ou Z-Drugs	> 4 semaines
AINS	Insuffisance rénale et/ou cardiaque
Aspirine	Prévention cardiovasculaire primaire
Vasodilatateur (nitré, α_1 -bloquant, anti-calcique)	Hypotension orthostatique
Anticholinergique	Troubles cognitifs
si	START
Chutes, ostéoporose	Vitamine D et Calcium
Fibrillation auriculaire	Anticoagulation
Prévention cardiovasculaire secondaire	Aspirine
Anxio-dépression importante	Antidépresseur ISRS
Douleur intense	Opiacé (et laxatif)



Déprescription

Conséquences des changements physiologiques et pathologiques du sujet âgé

- ↳ révision traitements du patient (indication, posologie, voie d'administration)
- ↳ déprescription de certaines classes pharmacologiques, en particulier :
 - Benzodiazépines (BZD)
 - Antipsychotiques
 - Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
 - Molécules avec charge anticholinergique

Déprescription / BZD

Indications: anxiété généralisée ou associée à un autre trouble (dépression, phobie....), prévention et traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique ; prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme

Durée max de 4 (indication insomnie) à 12 semaines (autres indications)

Propriétés pharmacologiques :

- anxiolytique
- sédatif
- amnésiant
- myorelaxant
- anticonvulsivant
- oréxigène

Effets indésirables:

- troubles mnésiques
- tolérance et dépendance
- troubles du sommeil, somnolence
- irritabilité, agitation, agressivité
- troubles de la concentration et perception
- syndrome de sevrage si arrêt brutal
- démence, maladie d'Alzheimer



Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

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

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

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

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

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

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

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

Bienfaits attendus

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

Symptômes de sevrage

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

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes : Envisager

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

Autres médicaments

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

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

Continuer BZRA

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

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



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

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (ang), e209-24 (Fr).




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

Disponibilité des BZRA

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

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

Effets secondaires des BZRA

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

Participation des patients et des soignants

Les patients doivent comprendre :

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

Réduction des doses

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

Approche non-pharmacologique

Soins primaires :

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

Soins institutionnels :

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

Utiliser la TCC

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

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

Est-ce que ça fonctionne?

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

Qui peut dispenser la TCC?

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

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

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

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



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non 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, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Can Fam Physician 2016;64:339-51 (ang), e209-24 (Fr).



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE

Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

open
RESEARCH INSTITUTE

Déprescription / Antipsychotiques

Indication dans le traitement symptomatique des psychoses de l'adulte dont schizophrénie

Utilisation fréquente chez la personne âgée en cas d'agitation, agressivité, troubles psychocomportementaux des démences ou encore dans le traitement de l'insomnie

Effets indésirables :

- neutropénie, agranulocytose
- syndromes extrapyramidaux, dystonie, akathisie, dyskinésie
- syndrome malin des neuroleptiques
- allongement QT, torsade de pointe
- diabète, hyperglycémie, hyperlipidémie, gain de poids
- abaissement du seuil épileptogène
- bouche sèche, constipation, mydriases, vision floue
- risque de mortalité chez les patients souffrant de démence

Risque de décès ☠!

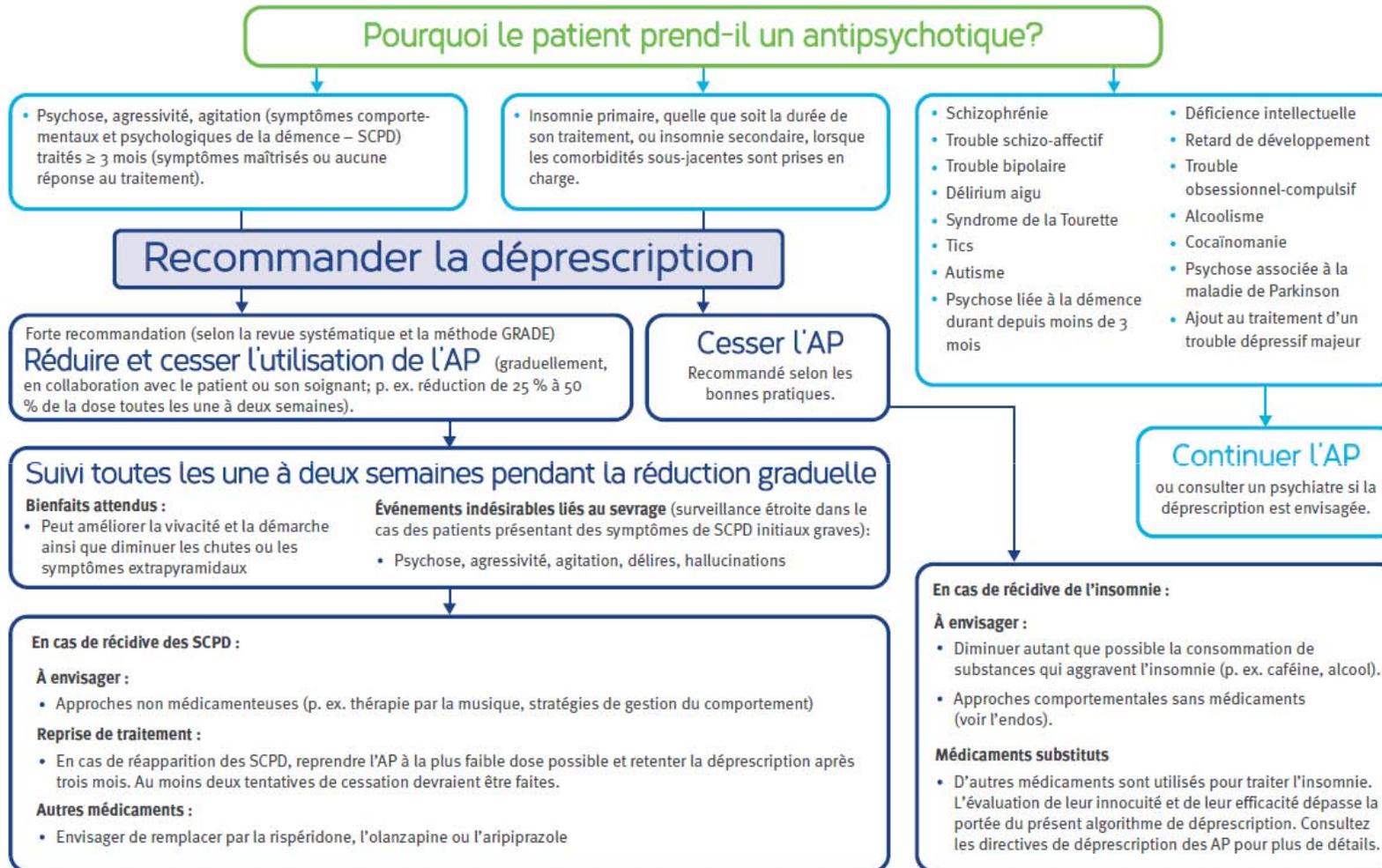
- 2004: communiqué AFSSAPS¹ concernant risque d'AVC et de décès chez patients âgés avec maladie d'Alzheimer traités par aripiprazole (données de 3 essais cliniques). A noter un risque similaire précédemment observé avec olanzapine et risperidone.

- 2008 : 2 études épidémiologiques montrant un ↑ risque de mortalité chez les patients traités par antipsychotiques typiques².

➡ mise en garde dans les RCP + lettre aux prescripteurs

1. <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Securite-d-emploi-des-antipsychotiques-chez-les-patients-ages-atteints-de-demence-point-d-information-sur-Abilify-R-aripiprazole>

2. <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Securite-d-emploi-des-antipsychotiques-classiques-chez-les-patients-ages-déments>



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.

Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (ang), e1-e12 (fr)



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE

Bruyère

open

RESEARCH INSTITUTE



Antipsychotiques couramment prescrits

Antipsychotique	Forme	Dose
Chlorpromazine	C IM, IV	25, 50, 100 mg 125 mg/mL
Halopéridol (Haldol®)	C L IM, IV LI IM AP	0,5, 1, 2, 5, 10, 20 mg 2 mg/mL 5 mg/mL 50, 100 mg/mL
Loxapine (Xylac®, Loxapac®)	C L IM	2,5, 5, 10, 25, 50 mg 25 mg/L 25, 50 mg/mL
Aripiprazole (Abilify®)	C IM	2, 5, 10, 15, 20, 30 mg 300, 400 mg
Clozapine (Clozaril®)	C	25, 100 mg
Olanzapine (Zyprexa®)	C D IM	2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20 mg 5, 10, 15, 20 mg 10 mg par ampoule
Palipéridone (Invega®)	LPR IM LPR	3, 6, 9 mg 50 mg/0,5 mL, 75 mg/0,75 mL, 100 mg/1 mL, 150 mg/1,5 mL
Quétiapine (Seroquel®)	C LI LPR	25, 100, 200, 300 mg 50, 150, 200, 300, 400 mg
Risperidone (Risperdal®)	C S D IM LPR	0,25, 0,5, 1, 2, 3, 4 mg 1 mg/mL 0,5, 1, 2, 3, 4 mg 12,5, 25, 37,5, 50 mg

IM = intramusculaire, IV = intraveineuse, L = liquide, S = suppositoire, SL = sublinguale, C = comprimé, D = comprimé à dissolution, LI = libération immédiate, AP = action prolongée, LPR = libération prolongée

Effets secondaires des antipsychotiques

- **Les AP sont associés à un risque accru de :**
 - Perturbations métaboliques, gain de poids, sécheresse buccale, étourdissements
 - Somnolence, endormissement, chute ou blessure, fractures de la hanche, symptômes extrapyramidaux, démarche anormale, infections urinaires, événements cardiovasculaires indésirables, décès
- **Facteurs de risque :** dose élevée, âge avancé, maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy

Participation des patients et des soignants

Les patients et les soignants devraient comprendre :

- le motif de la déprescription (risque d'effets indésirables avec la prise continue d'AP);
- que des symptômes de sevrage, y compris une réapparition des SCPD, peuvent se manifester;
- qu'ils participent au plan de réduction graduelle et peuvent décider de la vitesse et de la durée de cette réduction.

Réduction graduelle de la dose

- Rien n'a démontré qu'une approche de réduction était meilleure qu'une autre.
- Envisager :
 - de passer à 75 %, à 50 % et à 25 % de la dose d'origine chaque semaine ou toutes les deux semaines, puis d'arrêter; **ou**
 - Amorcer une réduction plus lente, avec suivi fréquent, pour les patients présentant des SCPD initiaux graves.
- La réduction graduelle ne sera peut-être pas nécessaire en cas de prise d'une dose faible pour l'insomnie seulement.

Prise en charge du sommeil

Soins primaires :

1. N'allez au lit que quand vous avez sommeil.
2. N'utilisez le lit et la chambre à coucher que pour dormir (ou pour les moments d'intimité).
3. Si vous ne dormez toujours pas 20 ou 30 minutes après être allé au lit, sortez de la chambre à coucher.
4. Si vous ne vous endormez pas en 20 à 30 minutes après être retourné au lit, ressortez de la chambre à coucher.
5. Utilisez un réveil-matin pour vous réveiller à la même heure chaque matin.
6. Ne faites pas de sieste.
7. Évitez la caféine l'après-midi.
8. Évitez l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux deux heures avant de vous coucher.

Soins institutionnels :

1. Ouvrez les rideaux durant la journée pour favoriser l'exposition à la lumière.
2. Maintenez le bruit des alarmes au minimum.
3. Augmentez le degré d'activité et découragez le sommeil durant la journée.
4. Réduisez le nombre de siestes (pas plus de 30 minutes et aucune sieste après 14 h).
5. Offrez des boissons décaféinées chaudes ou du lait chaud le soir.
6. Limitez la nourriture, la caféine et le tabac avant le coucher.
7. Incitez le résident à aller aux toilettes avant de se coucher.
8. Encouragez le coucher et le lever à des heures régulières.
9. Évitez de réveiller le résident la nuit pour lui donner des soins.
10. Offrez un massage du dos ou autre massage doux.

Gestion des SCPD

- Songer à des interventions comme la relaxation, le contact social, les thérapies sensorielles (musique ou aromathérapie), les activités structurées et la thérapie comportementale.
- Prendre en charge les facteurs physiques et médicaux, p. ex. douleur, infection, constipation, dépression.
- Tenir compte de l'environnement, p. ex. lumière, bruit.
- Examiner les médicaments qui pourraient aggraver les symptômes.

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



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

Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (ang), e1-e12 (fr)



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTE



Déprescription / IPP

Indications :

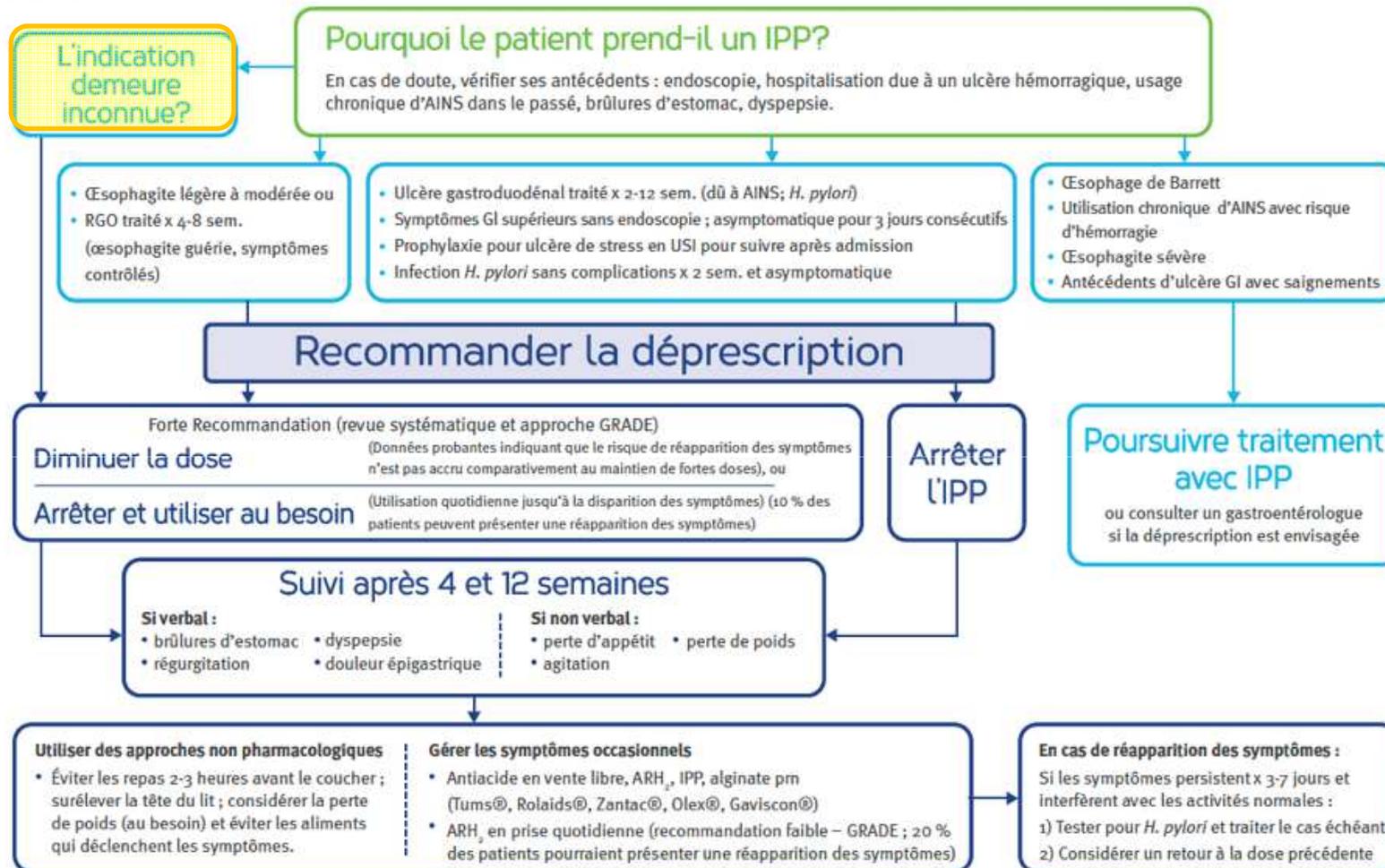
- traitement des oesophagites, RGO
- traitement du syndrome de Zollinger-Ellison
- ulcère gastroduodenal à *Helicobacter pylori*
- utilisation chronique d'AINS

Autres utilisations : prophylaxie ulcère de stress en soins intensifs, dyspepsie fonctionnelle, ...

Effets indésirables :

- rebond acide à l'arrêt du traitement
- risque de fracture
- troubles métaboliques (déficit vitamin B12, hypomagnésémie)
- infections respiratoires
- néphrite interstitielle
- cancer gastrique ?

!! Modification du pH gastrique pouvant modifier l'absorption et la métabolisation des autres médicaments



© 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.

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician* 2017;63:354-64 (ang). e253-65 (#)



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE

Bruyère

open



Disponibilité de l'IPP

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

Légende

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

Acronymes

RGO : reflux gastro-œsophagien	GRADE : Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
AHR₂ : Antagoniste du récepteur H ₂	AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Participation des patients et soignants/aidants naturels

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

Effets secondaires des IPP

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

Réduction des doses

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

Prise au besoin : définition

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

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



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

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician* 2017;83:354-64 (ang), e253-65 (fr).



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

open
RESEAU FRANÇAIS D'ONCOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

Conclusion

Sujet vaste et complexe

Population âgée, pour de multiples raisons, susceptible de présenter une iatrogénie

Optimisation des médicaments et déprescription ciblée

“Les discussions entre les prescripteurs, les patients, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé sur la déprescription peuvent être facilitées si toutes les parties sont mises au courant des avantages et des effets nocifs associés aux médicaments, mais aussi si elles sont sensibilisées aux changements de ces effets au fil du temps, et aux actions qui peuvent être prises dans ces cas »

Les CRPV de Rennes et de Brest sont au service de tous les professionnels de santé

Côtes d'Armor et Ille et Vilaine

Centre Régional de Pharmacovigilance, Pharmacologie
épidémiologie et Information sur le Médicament
CHU Pontchaillou
2 rue Henri le Guilloux
35033 RENNES Cedex 09
Tel : 02.99.28.43.63 – Fax : 02.99.28.24.26

Courriel : pharmacovigilance@chu-rennes.fr

Déclaration aussi possible sur :

INTRANET / DECLARER UN EI / FORMULAIRES

Finistère et Morbihan

Centre Régional de Pharmacovigilance et d'Information
sur le Médicament de Bretagne Occidentale
CHU La Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent
29609 BREST Cedex
Tel : 02.98.34.79.75 – Fax : 02.98.34.79.77

Courriel : crpv.brest@chu-brest.fr

- Recueillir et analyser toute suspicion d'effet indésirable dû à un médicament afin d'établir le lien de causalité
- Répondre à vos questions sur le médicament
 - Effets indésirables médicamenteux
 - Interaction médicamenteuse ou interaction avec des plantes, aliments ...
 - Contre-indications, mises en garde/précautions d'emploi
 - Evaluation des risques d'une exposition médicamenteuse pendant la grossesse, l'allaitement ou dans d'autres contextes particuliers
- Vous informer sur les actualités concernant le risque médicamenteux en diffusant leur lettre trimestrielle d'information sur le médicament (gratuitement par mail)

Si vous n'avez pas d'adresse mail CHU et que vous souhaitez recevoir la lettre, merci de nous signaler votre adresse courriel à pharmacovigilance@chu-rennes.fr (départements 22-35) ou crpv.brest@chu-brest.fr (départements 29-56)

Suivez-nous sur Twitter !

@PharmacoRennes



@reseau_crpv

