

# *Déprescription médicamenteuse et population gériatrique*

- Rachel Rouleau, B. Pharm., M. Sc., Fellow OPQ, travailleur autonome
- Professeur de clinique Faculté de pharmacie et département de médecine familiale et de médecine d'urgence Université Laval
- Chercheure associée, VITAM centre de recherche en santé durable
  
- 3 mai 2024
- Pour comité d'éducation médicale continue du CISSS Bas St-Laurent (Hôpital de Rivière du loup)



# Déclaration de conflits d'intérêts potentiels


- Divulcation de biais commerciaux potentiels
- Rémunérée par la pour cette présentation
- Conférencière ou consultante (2 dernières années)
  - FMSQ, BD, FMOQ, Familiprix, OPQ, Md Briefcase, PMS, FPQ, APES, AMIQ, INESSS, OPQ

# Objectifs d'apprentissage

---

Au terme de cette présentation, le participant sera en mesure de:

- **Décrire la polypharmacie et ses impacts sur la santé d'une population gériatrique;**
- Identifier différentes méthodes de révision de la pharmacothérapie;
- Aiguiser son jugement clinique afin d'identifier et d'utiliser les possibilités de déprescription pour cette population.



# Polypharmacie: définition, description

---

Concept, la définition le plus souvent reconnue en recherche

- **Polypharmacie:** utilisation  $\geq 5$  principes actifs différents
- **Polypharmacie excessive \***: utilisation  $\geq 10$  principes actifs différents
- **Médicament potentiellement inapproprié:**
  - Lorsque les **risques** > **bienfaits**
  - Ne correspond pas aux **recommandations cliniques**
  - Il existe un **médicament plus approprié** (plus efficace et sécuritaire)
- En situation de polypharmacie excessive nos chances de trouver un problème relié à la pharmacothérapie sont de 100 %

# Travaux de l'INESSS en 2023 seront publiés le 13 mai 2024

Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée au Québec

- augmente le risque d'effets indésirables
- risque accru d'hospitalisations (cause fréquente : délirium)
- de chutes
- ainsi que d'interactions médicamenteuses
- Compare données de 2012 à 2022
  - La population de 65 ans et plus assurée au RPAM a connu une augmentation de 41 %
    - Une prévalence identique implique un nombre supérieur de 41 %

# Travaux de l'INESSS en 2023 seront publiés le 13 mai 2024

Objectif: dresser un portrait provincial de la consommation de médicaments par la population des 65 ans et plus au Québec, ainsi que de l'usage de quelques MPI (soit les sulfonyles, les antipsychotiques, les benzodiazépines et les inhibiteurs de la pompe à protons) suite au projet de recherche pancanadien sur la déprescription qui a mené à la tenue d'ateliers offerts en GMF par l'équipe de recherche <https://www.spiderdeprescribing.com/>.

Compare données de 2012 à 2022

- La population de 65 ans et plus assurée au RPAM a connu une augmentation de 41 %
  - Une prévalence identique implique un nombre supérieur de 41 %
- Avons-nous été bon ?

# Polypharmacie

---

Entre 2012 et 2022

- La proportion de personnes qui ont eu un remboursement pour 0,1 à 4, 5 à 9 et 10 médicaments ou plus est restée relativement stable avec le temps, à l'exception de la période pandémique.
- Ainsi, en 2022, environ 34 % de ces personnes (environ 519 000 personnes) ont réclamé au moins 10 médicaments distincts au cours de l'année.
- Nous sommes les champions canadiens avec ce 34 %.

# MPI

- 51 % des personnes âgées qui prennent au moins un des quatre MPI ciblés.
- Individuellement en 2022:

MPI	% en 2022	% de variation avec 2012
inhibiteurs de la pompe à protons	39	<b><u>stable</u></b>
benzodiazépines	16	<b><u>- 41 % (baisse au USA)</u></b>
antipsychotiques	6,8	<b><u>+ 19 % (stable US)</u></b>
sulfonylurées	6,3	<b><u>stable</u></b>



# Coût des MPI

- Le coût lié à l'utilisation de médicaments inappropriés au Canada est estimé à
  - 419 millions de dollars par année
- Le coût de traitement des effets nuisibles liés à ces médicaments est estimé à
  - 1,4 milliard de dollars par année.



# Solution: déprescrire, mieux prescrire

- Personnalisation / Pertinence de la pharmacothérapie en gériatrie
  - Aînés en pleine santé jusqu'à ceux en fin de vie
- Complexe en gériatrie
  - Plusieurs facettes
    - Syndrome gériatrique
    - Souhaits du patient (niveau de soins)
    - Concept de fragilité (risque plus important si fragile)
    - Espérance de vie en fonction du temps pour atteindre l'effet escompté ou du moins un début d'effet
    - Etc.



# Objectifs d'apprentissage

Au terme de cette présentation, le participant sera en mesure de:

- Décrire la polypharmacie et ses impacts sur la santé d'une population gériatrique;
- **Identifier différentes méthodes de révision de la pharmacothérapie;**
- Aiguiser son jugement clinique afin d'identifier et d'utiliser les possibilités de déprescription pour cette population.

---

## Comment procéder

- S'approprier une méthode de révision de la pharmacothérapie
- Se familiariser avec des outils (exemples)
- Assurer le suivi régulier en cours de déprescription
- Importance du travail d'équipe!  
Patient, ses proches, les pharmaciens, infirmières, ...



# Méthodes de révision

Quelques méthodes de révision :

- Méthode théorique : réviser la pharmacothérapie du patient sous forme de questions.
- ICEBERG : analyser la pharmacothérapie selon les principes gériatriques ICEBERG qui sont définis dans la figure ci-jointe.
- BRP : analyser le dossier des patients en regardant pour chaque médicament pris les bienfaits, les risques et finalement déterminer un plan de traitement.

An illustration of an iceberg floating in water. The tip of the iceberg is above the water line, and the much larger part of the iceberg is submerged below the water line. The text 'ANALYSE SELON LES PRINCIPES GÉRIATRIQUES SUIVANTS : ICEBERG' is written across the water line, with the letters 'I', 'C', 'E', 'B', 'E', 'R', 'G' corresponding to the letters of the acronym listed below.

## ANALYSE SELON LES PRINCIPES GÉRIATRIQUES SUIVANTS : ICEBERG

- I** Inappropriés [médicaments]
- C** Cascades médicamenteuses
- E** Effets secondaires
- B** Bénéfices des Rx actuels
- E** Enjeux liés à la pharmacocinétique [RK] et à la pharmacodynamie [PD] chez la PA
- R** Risques associés aux interactions Rx et au QT long
- G** Gestion de la charge anticholinergique

# Outils pour la déprescription

---

- [Deprescribing.org](http://Deprescribing.org) : site Internet développé par une pharmacienne, un médecin et leur équipe de recherche à l'Institut de recherche Bruyère à Ottawa et à l'Université de Montréal. Site qui offre entre autres des algorithmes pour aider à la déprescription pour certaines classes de médicaments.
- [Algorithme dans UpToDate](#) : algorithme avec plusieurs questions pouvant aider le professionnel dans sa prise de décision à savoir s'il doit cesser le médicament, le changer pour une autre molécule ou ajuster la dose.
- [Garfinkel](#) : étude ayant comme objectif d'améliorer la pharmacothérapie et de limiter la prise de médicaments. Algorithme disponible pour aider le clinicien à prendre des décisions par rapport à la poursuite de médicaments chez des patients âgés.
- [Scott](#) : figures disponibles pour déterminer les médicaments inappropriés, l'utilité des médicaments et les médicaments qui requièrent un sevrage graduel avant d'être cessés complètement.
- [Primary Health Tasmania](#) : offre des guides bien vulgarisés sur la déprescription pour différentes classes de médicaments. Les bénéfices et les risques y sont abordés.
- <https://www.spiderdeprescribing.com/> : Site qui contient différents outils et formation principalement sur recherche en GMF et [Deprescribing.org](http://Deprescribing.org)

# Autres outils

---

- La [liste de Beers 2019](https://dcri.org/beers-criteria-medication-list) est publiée par l'American Geriatrics Society. Cette liste identifie les médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée et constitue un des outils de référence les plus fréquemment cités dans le domaine de la gériatrie.
  - <https://dcri.org/beers-criteria-medication-list>
- Les [critères STOPP/START](#) sont des critères validés pouvant être intégrés au processus de révision des médicaments. (1<sup>re</sup> publication 2008, mise à jour 2014)
  - Screening Tool of Older People's Prescriptions (STOPP)
  - Screening Tool to Alert to Right Treatment (START)
- [Medstopper](#) est un outil Web de déprescription développé par une équipe de professionnels de la santé pour aider les professionnels de la santé et leurs patients à réévaluer leur liste de médicaments et identifier les possibilités de déprescription.
- [The U.S.-FORTA \(Fit fOR The Aged\) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults - Journal of the American Medical Directors Association \(jamda.com\)](#),

# Autres outils (suite)

---

- Le site du Collège des médecins de famille d'Alberta ([Groupe PEER](#)) regorge d'outils et d'aide à la décision basés sur les évidences scientifiques. Ils peuvent être d'une grande aide pour aiguïser votre raisonnement et jugement clinique, et pour partager une décision. Il y a une section gériatrique, jetez-y un coup d'œil.
- Rx files et le [livre de gériatrie](#), GERI-RxFILES 2019, un must!



# FORTA (Fit fOR The Aged)

- (EURO)-FORTA
- US-FORTA

Classification FORTA	Nombre de médicaments approximatif	Brève description	Exemples
Class A (A-bsolutely)	¼ indispensable drug	clear-cut benefit in terms of efficacy/safety ratio proven in older people for a given indication	Suppléments de calcium pour hyperphosphatémie en IRC, IECA/ARA en HTA B-bloqueur en FA, insuffisance cardiaque
Class B (B-eneficial)	¼ drugs	with proven or obvious efficacy in older people, but limited extent of effect or safety concerns.	Diurétiques dans HTA, SGLT2 en insuffisance cardiaque, inhibiteur de l'aco.esterase en TNM
Class C (C-areful)	¼ drugs	with questionable efficacy/safety profiles in older people, to be avoided or omitted in the presence of too many medications, lack of benefits, or emerging side effects; review/find alternatives.	B-bloqueur dans HTA
Class D (D-on't)	¼ drugs	avoid in older people, omit first and review/ <b>find alternatives.</b>	Anti-muscarinique urinaire, antiarythmique en FA, statine en TNM

[The U.S.-FORTA \(Fit fOR The Aged\) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults - Journal of the American Medical Directors Association \(jamda.com\),](#)

# FORTA (Fit fOR The Aged)

- Page 6 à 43: nom ou classe de médicaments classée
- À feuilleter pour les avoir à l'esprit, si syndrome gériatrique ou polypharmacie

Pathologie		results)	Nr. of raters	(cutoff 0.800)	Mean; Mode	Selection of perti experts di
		<b>ATRIAL FIBRILLATION</b>				
		Substance/group				
		Frequency-lowering betablockers	A	8	1.000	1.0; 1
		New Oral Anticoagulants (NOACs)	B	8	0.937	1.8; 2
		Except apixaban	A	8	1.000	1.0; 1
		Digoxin	B	8	1.000	2.0; 2
		Oral anticoagulants (e.g. warfarin)	B	8	0.937	1.8; 2
		Alternative: low molecular weight heparin	C	8	0.937	2.8; 3
		Diltiazem, verapamil	C	8	0.875	2.7; 3
		Class III antiarrhythmic agent amiodarone	C	8	1.000	3.0; 3
		All other class I/III antiarrhythmic agents	D	8	0.937	3.8; 4
Insuf. cardiaque	Tous A sauf diurétique (b), digitale et ivabrabine (c)					
HTA	Tous A sauf b-bloqueur (b) alpha-bloquant (c), clonidine (d)					
FA	Tous les antiarythmiques sont c ou d sauf b-bloqueur et anticoagulation (a ou b)					

# FORTA (Fit fOR The Aged)

## (Rouleau)-FORTA

- Pas nécessaire de trouver des alternatives, de tout traiter et il n’y a pas toujours des bienfaits à traiter
- Parfois dans le doute mieux vaut s’abstenir, Primum non nocere!
- Et du doute ou du gris, il y en a beaucoup en gériatrie

Paramètres	Exemples
Changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liés à l’âge	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Déclin des fonctions des organes cibles (rénales, cardiovasculaires, cognitives, hépatiques, etc.)</li><li>▶ Augmentation de la sensibilité des récepteurs pour certains traitements (anticoagulant, opioïde, antipsychotique, etc.) et de la concentration de certains neurotransmetteurs</li><li>▶ Changement de la biodisponibilité (diminution du transport actif de la membrane gastro-intestinale et diminution du premier passage hépatique)</li></ul>
Maladies et médicaments	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Maladies multiples</li><li>▶ Multiples médicaments</li></ul>
Études cliniques limitées	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Sous-représentation ou absence des personnes très âgées dans les études cliniques</li><li>▶ Étude clinique sur une seule maladie alors que les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs maladies concomitantes</li><li>▶ Traitement pharmacologique simple dans les études cliniques, mais multiple en gériatrie</li></ul>

# La balance bienfaits/risques arrimée au jugement clinique

## Bienfaits

- Bénéfices pour l'indication (NNT)
- Objectifs du traitement : guérir, soulager, prévenir?

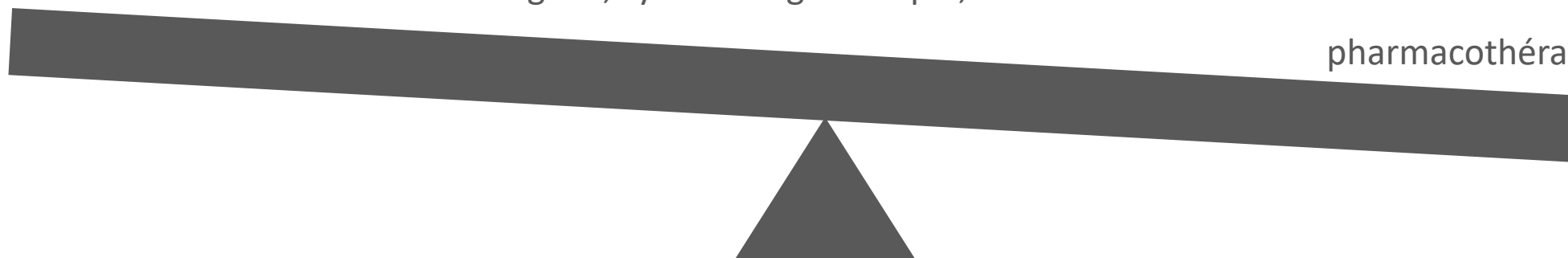
## Facteurs à considérer

### Portrait du patient

- Espérance de vie vs temps avant de bénéficier des bienfaits du traitement
- Niveau de soins désiré
- Préférences
- Fragilité, syndrome gériatrique, AINEES

## Risques

- Effets secondaires
- Interactions médicamenteuses
- MPI
- Suivi de la pharmacothérapie



Plan

# Méthode BRP

## **B** *Bienfaits du traitement (bénéfices : ça dépasse l'indication officielle)*

- Bénéfices dans l'indication (NNT), effet du médicament, objectifs de traitement et temps pour obtenir ce bénéfice
- Bienfaits réels (ex. : furosémide) ou potentiels (ex. : statines)

## **R** *Risques liés aux médicaments*

- Effets secondaires (réels ou potentiels, NNH), cibles adéquates
- Interactions (entre médicaments, entre médicament-pathologie, etc.)
- Médicaments à risque (médicaments touchant le système nerveux central, à index thérapeutique étroit, anticholinergiques, anti-HTA, etc.)

## **P** *Plan de traitement*

- Pronostic, priorités, prévention
- Préférences, quoi et comment sevrer?

# Exemple de bienfaits à traiter ou pas

The screenshot shows the 'the NNT' website interface. At the top left, the logo 'the NNT' is visible. Below it, there are several filter panels. The 'By Specialty' panel is highlighted with a red circle and contains a list of medical specialties: Anesthesiology / Cardiology / Critical Care / Dermatology / Emergency Medicine / Endocrinology / Gastroenterology / Geriatrics / Hematology / Infectious Disease / Neurology / Neurosurgery / OB-Gyn / Oncology / Ophthalmology / Orthopedics / Otolaryngology (Ear/Nose/Throat) / Pediatrics / Primary Care / Psychiatry / Public Health / Pulmonology / Rheumatology / Surgery / Urology. The 'By Rating' panel is also highlighted with a red circle and contains a list of rating categories: Green, Yellow, Red, and Black/Caution. To the right of the filters, there are buttons for 'View As: NNT %'. Further right, there are social media sharing icons for Facebook and Twitter, and a section for 'OTHER EBM RESOL'.

# Impact de la déprescription

- Étude québécoise en SLD avec organisation du travail: PEPS
  - Diminue la polypharmacie excessive
  - Diminue les MPI
  - En 12 mois:**
    - ❖ Le nombre moyen de médicaments réguliers par individu passe de: **8.96** à **6.88** (gr.exposé) et de **9.85** à **8.87** (gr.non-exposé) ( $p < 0.0001$ ).
    - ❖ Le nombre moyen de MPI réguliers par individus passe de : **0.79** à **0.56** (gr.exposé) et de **1.08** à **0.90** (gr.non-exposé) ( $p = 0.0022$ ).
  - Maintient de la qualité de vie / diminution de la douleur légère / inconfort
  - Sans augmenter la morbidité/mortalité (signal que ça la diminue)
  - Sans augmenter les coûts (incertitude sur l'ampleur des économies)



# Objectifs d'apprentissage

Au terme de cette présentation, le participant sera en mesure de:

- Décrire la polypharmacie et ses impacts sur la santé d'une population gériatrique;
- Identifier différentes méthodes de révision de la pharmacothérapie;
- **Aiguiser son jugement clinique afin d'identifier et d'utiliser les possibilités de déprescription pour cette population.**



Aiguiser son jugement clinique afin d'identifier et d'utiliser les possibilités de déprescription pour cette population.

Cas de patients/situations cliniques

# Possibilités de déprescription

- Facile : impératif d'essayer
  - En présence de polypharmacie (surtout excessive + de 10 PA);
  - En présence de syndrome gériatrique
- Compliquée:
  - toute consultation avec un aîné est une possibilité de déprescription avant que les problèmes pharmacologiques iatrogènes ne surviennent
  - Souhaits du patient (niveau de soins)
  - Concept de fragilité (risque plus important si fragile)
  - Espérance de vie en fonction du temps pour atteindre l'effet escompté ou du moins un début d'effet
  - Etc.

# Syndromes gériatriques et médicaments possiblement associés

Syndrome gériatrique	Classes de médicaments
Chutes, trouble marche, équilibre	Anticholinergiques, antidépresseurs, sédatifs, hypnotiques, antihypertenseurs, etc.
Troubles cognitifs, délirium, déclin fonctionnel	Anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques, benzodiazépine, etc.
Incontinence, constipation, Diarrhée	Inhibiteur Aco. estérase, diurétiques, alpha-bloqueur, sédatifs, Anticholinergiques, opioïdes, antidépresseurs tricycliques, BCC, calcium, etc. Antibiotiques, IPP, allopurinol. ISRS, ARA, etc.
Délirium	Tous et principalement les psychotropes (tout ce qui agit sur le SNC), etc.
Perte de poids, plaie de pression	Inhibiteur Aco. Estérase, stimulant, agoniste GLP-1, etc.
Saignement GI	AINS, anticoagulant, antiplaquettaire, etc.
Fragilité	Associée à la polypharmacie excessive
Polypharmacie excessive*	Tout médicament compte

\* Considéré comme un syndrome gériatrique selon certains auteurs

- [Geriatric Assessment Tools](#) :Site internet anglophone regroupant plusieurs outils d'évaluation gériatrique, Rf: Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. Med Clin North Am 2015;99(2):263- 79.

# Situation clinique

- Un bisphosphonate prend environ 1 à 2 ans (au moins 6 mois en aigu) avant que son effet diffère du placebo (nos NNT sont calculés sur 3 à 5 ans);
  - On doit avoir cette espérance de vie devant nous!
- Une cible d'hémoglobine glycosylée en bas de 7 % prend 10 ans pour des bienfaits macrovasculaires et 6 ans pour les microvasculaires;
  - On doit avoir cette espérance de vie devant nous pour justifier ces cibles!
- Une personne qui souhaite un niveau de traitement D (confort) et qui prend des médicaments de prévention (acide acétylsalicylique, NACO, statine, etc.), en a-t-on discuté?

[ePrognosis](#)

[Risk Evaluation for Support: Predictions for Elder-life in the Community Tool \(RESPECT\)](#)

# Cibles zones grises à personnaliser

- Quelles devrait-êre la cible de pression artérielle du cas suivant ?
  - Mme Lemieux, 85 ans, vit seule à domicile, fragile, étourdissement, syndrome gériatrique (chutes), diabète et HTA



# Cibles - zones grises: à personnaliser

Recommandations des lignes directrices de l'American Diabetes Association (ADA), de Diabète Canada (DC) et de la Fédération internationale du diabète (FID) en fonction des principaux résultats cliniques chez les personnes âgées diabétiques.

Mesure	ADA	DC	FID
<b>HbA1c</b>	En santé : < 7,5 % Complexe/intermédiaire : < 8,0 % Très complexe/mauvaise santé : < 8,5 %	Indépendance fonctionnelle : 7,0 % Dépendance fonctionnelle : 7,1-8,0 % Fragilité ou démence : 7,1-8,5 % Fin de vie : Mesure du taux d'HbA1c non recommandée, prévenir l'hyperglycémie symptomatique et toute hypoglycémie	Indépendance fonctionnelle : 7,0-7,5 % Dépendance fonctionnelle : 7,0-8,0 % Sous-catégorie fragilité : < 8,5 % Sous-catégorie démence : < 8,5 % Fin de vie : Prévenir l'hyperglycémie symptomatique
<b>Tension artérielle</b>	En santé : < 140/80 mmHg Complexe/intermédiaire : < 140/80 mmHg Très complexe/mauvaise santé : < 150/90 mmHg	Indépendance fonctionnelle avec espérance de vie > 10 ans : < 130/80 mmHg Dépendance fonctionnelle, orthostatisme ou espérance de vie limitée : Personnaliser les cibles de TA	Indépendance fonctionnelle : < 140/90 mmHg Dépendance fonctionnelle : < 140/90 mmHg Sous-catégorie fragilité : < 150/90 mmHg Sous-catégorie démence : < 140/90 mmHg Fin de vie : Une maîtrise rigoureuse de la TA pourrait s'avérer non nécessaire.
<b>C-LDL</b>	< 1,8 mmol/L	< 2,0 mmol/L ou diminution > 50 % par rapport au point de départ	< 2,0 mmol/L et adapté en fonction du risque CV

HbA1c = hémoglobine glycosylée; TA = tension artérielle; CV = cardiovasculaire; C-LDL = cholestérol à lipoprotéines de basse densité.

# Cibles PECH 2020-2025

Population	Seuils de PA pour l'instauration du traitement antihypertenseur		Cibles de traitements de la PA	
	PA <sub>s</sub> (mmHg)	PA <sub>d</sub> (mmHg)	PA <sub>s</sub> (mmHg)	PA <sub>d</sub> (mmHg)
Risque élevé, selon Hypertension Canada*	≥ 130	N/A	< 120	N/A
Diabète sucré**	≥ 130	≥ 80	< 130	< 80
Risque modéré ou élevé (LOC ou facteurs de risque de MCV)**	≥ 140	≥ 90	< 140	< 90
Risque faible (absence de LOC ou de facteurs de risque de MCV)**	≥ 160	≥ 100	< 140	< 90

\* Seuils de PA et cibles de traitement : fondés sur la mesure de PA en clinique, oscillométrique en série (MPAC-OS)

\*\* Seuils de PA et cibles de traitement : fondés sur la mesure de PA en clinique, oscillométrique (MPAC)

LOC : lésions des organes cibles

MCV : maladies **cardiovasculaires**

# Tout le monde sait que...

*Pressio*

*Sanguinis*

*Tensa*

*EST MELIOR QUAM*

*Nula*

*Pressio*

« Une pression élevée  
est préférable  
à une pression nulle. »

- Dr Ogilvie Rangno, **Canadian Hypotension Society.**

**Prudence quant à l'abaissement de la pression artérielle diastolique à une valeur < 60 mmHg dans le contexte d'une coronaropathie.**



# Hypertension à améliorer

## Tensions artérielles (TA)

- Cibles suggérées dans les lignes directrices d'Hypertension Canada : à adapter selon le patient
  - applicables en absence de cibles
- Étude observationnelle chez des patients de  $\geq 80$  ans avec diabète type 2 ( $n = 25,966$ )
  - 4,490 décès (près de 10 % par année)
  - TA : mortalité est + élevée avec les + faibles TA (c.-à-d.  $< 130/70$  mmHg)

Facteur	Décès, n/N	%	Taux de mortalité (/1000 patients-années)	Non ajusté	Ajusté
				Hazard ratio (IC 95 %); Valeur-p	
<b>Pression artérielle, mmHg</b>					
< 130/70	982/4 116	23,9	151,7	1,89 (1,67-2,13); < 0,001	1,52 (1,34-1,72); < 0,001
$\geq 130/70$ & $< 135/75$	815/4 416	18,5	112,3	1,40 (1,23-1,58); < 0,001	1,30 (1,14-1,48); < 0,001
$\geq 135/75$ & $< 140/80$	719/4 749	15,1	90,3	1,12 (0,99-1,27); 0,08	1,11 (0,97-1,27); 0,13
$\geq 140/80$ & $< 145/85$	685/4 746	14,4	85,6	1,06 (0,93-1,21); 0,35	1,09 (0,95-1,24); 0,23
$\geq 145/85$ & $< 150/90$	349/2 534	13,8	80,5	Référence	Référence
$\geq 150/90$ & $< 155/95$	231/1 717	13,5	80,3	1,00 (0,85-1,18); 0,98	0,97 (0,82-1,14); 0,70
$\geq 155/95$	419/2 663	15,7	94,0	1,17 (1,01-1,35); 0,03	1,05 (0,91-1,22); 0,49
Manquante	290/1 025	28,3	191,2	2,38 (2,04-2,78); < 0,001	1,38 (1,18-1,61); < 0,001

# Réponses: cibles sécuritaires pour madame Lemieux

Paramètres à suivre		Cibles sécuritaires* chez la personne âgée fragile
Cardiovasculaires	Tension artérielle	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Aucune hypotension</b></li><li>2. &gt; /60 mmHg de diastolique</li></ol> Viser < 140-150/80-90 mmHg et tolérer plus haut si hypotension toujours présente

# Cas de patient: Que suspectez-vous ?

- **Dame 82 ans, vit seule**
  - **Allergies/intolérances** : nil **Poids** : 150 livres **Taille** : 5pi4
  - **Niveau de soins** : B
  - **Situation de vie** : en RPA
  - **Autre** :
  - Suivi en clinique externe/MD famille/CLSC à domicile: Md famille,
  - Observance : Pilulier, adéquate mais difficulté à l'ouvrir
  - MVL : Acétaminophène 500mg 4 cos/jour
  - État général du patient : a des « bosses aux articulations » douloureuses non soulagée, constipée et petite selle liquide parfois.
- ATCD:
  - Insuffisance cardiaque classe 2
  - Insuffisance rénale avec clairance créatinine 40-45 cc/min
  - Hypertension artérielle,
  - Dyslipidémie
  - Ostéoporose non fracturaire
  - Goutte ancienne
- Laboratoires pertinents connus :**
- Il y a un mois :
  - Na : 144, K : 4,1
  - TSH 4.2
  - PA: 110/75 mmHg

# Cas de patient (suite) : Que feriez-vous?

Synthroid 0.125 mg ID 1 co die

Lasix 40 mg ID 1 co die

HCTZ 25 mg ID 1 co die

ASA 81 mg 1 co die

Ramipril 5 mg ID 1 co die

Lipitor 20 mg ID 1 co die

Empracet-30 1 co QID PRN

PEG 30 ml po die PRN

Calcium 500 mg po BID

Vit D 800 Ui die

# Cas de patient (suite): Que feriez-vous?

Synthroid 0.125 mg ID 1 co die

Lasix 40 mg ID 1 co die

HCTZ 25 mg ID 1 co die

ASA 81 mg 1 co die

Ramipril 5 mg ID 1 co die

Lipitor 20 mg ID 1 co die

Empracet-30 1 co QID PRN

PEG 30 ml po die PRN

Calcium 500 mg po BID

Vit D 800 Ui die

- Cesser HCTZ car a risque de goutte et PA adéquate, suivi ions dans 3 à 7 jours et OMI,
- Cesser Empracet (pas efficace et constipe,
- Cesser calcium et vit d (car pas de bienfaits en prévention primaire et constipe)
- Prendre PEG régulier ad selle normale et volume et consistance désirée
- Envisager reprise du traitement pour la goutte,

# Test, soins, médicaments inutiles

Au Canada, 30 % des tests, des traitements et des procédures sont considérés comme inutiles, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé.

- Laboratoire suivi , etc.
- Antibiotiques, diarrhée, morbidité urgence, autres infections, etc.
- Au lieu de déprescrire... prescrivent mieux!

# Résumé

- Évitions la sur-investigation et le sur-traitement
- Personnalisation des soins en prenant en compte la
  - Fragilité
  - Espérance de vie
  - Niveau de soins
- Si présence de syndrome gériatrique
  - pharmacothérapie souvent impliquée

# Conclusion pour bien prescrire

*« Ni les données ni le jugement clinique ne suffisent à eux seuls.*

*Un technicien peut se servir des données sans faire appel à son jugement et un bon beau-frère peut fournir un jugement qui n'est pas fondé sur les données »*

*Notre travail consiste à intégrer les données à son jugement afin de fournir les meilleurs soins.*



# Conclusion pour la déprescription en gériatrie

*Concernant la pharmacothérapie en gériatrie :*

*On a besoin de savoir pour reconnaître les bonnes;*

*Plus important, on a besoin de jugement clinique pour en soupeser les bienfaits et les risques dans une situation donnée;*

*Plus compliqué, on a besoin d'humanité, d'humilité et de courage pour reconsidérer celles qui ne sont plus pertinentes!*

Merci, questions



# Références

- Voir bas des diapositives
  - [The U.S.-FORTA \(Fit fOR The Aged\) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults - Journal of the American Medical Directors Association \(jamda.com\)](#)
  - [Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016 \(inspq.qc.ca\)](#)
  - [BEERS criteria : 2022 Updated AGS Beers® Criteria For Comment Period 11.10.22.pdf \(americangeriatrics.org\)](#) (document de travail et final sous presse)
  - [Primary Health Tasmania](#)
  - Rx files et le [livre de gériatrie](#), GERI-RxFILES 2019
  - [Groupe PEER](#)
  - [ePrognosis](#)
  - [Risk Evaluation for Support: Predictions for Elder-life in the Community Tool \(RESPECT\)](#)