

La déprescription : aller au-delà de la gériatrie

Caroline Sirois^{1,2,3}, B.Pharm., M.Sc., Ph.D., Camille Gagnon⁴, Pharm.D., Lisa M. McCarthy^{5,6}, B.Sc.Pharm., Pharm.D., M.Sc., Brenda Schuster⁷, BSP, ACPR, Pharm.D., Justin P. Turner^{8,9}, B.Pharm., M.Clin.Pharm., Ph.D.

¹Professeure agrégée, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec (Québec) Canada;

²Chercheuse, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Québec (Québec) Canada;

³Chercheuse, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Québec (Québec) Canada;

⁴Directrice adjointe du Réseau canadien pour la déprescription, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

⁵Pharmacy Scientist, Women's College Research Institute, Toronto (Ontario) Canada;

⁶Assistant Professor, Leslie Dan Faculty of pharmacy, University of Toronto, Toronto (Ontario) Canada;

⁷Clinical Assistant Professor, Academic Family Medicine Unit, Regina Centre Crossing, Regina (Saskatchewan) Canada;

⁸Chercheur postdoctoral, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

⁹Conseiller principal en stratégie scientifique du Réseau canadien pour la déprescription, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Reçu le 5 juin 2019; Accepté après révision le 12 juin 2019

La polymédication est une réalité de plus en plus fréquente. En 2014, 73 % des Québécois de plus de 65 ans ont reçu au moins cinq médicaments différents sous ordonnance et 38 % en ont reçu au moins dix¹. Pour l'ensemble du Canada, ces proportions sont respectivement de 66 % et 27 %². L'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, menant souvent à la multimorbidité, explique en partie l'accroissement de la consommation de médicaments par une même personne. Or, la multimorbidité s'accroît non seulement chez les personnes âgées, mais également chez les gens plus jeunes. On évalue que 11,3 % des Québécois âgés entre 25 et 64 ans présentent au moins deux maladies chroniques³. Comme la majorité des maladies chroniques sont traitées par des médicaments et qu'on assiste depuis quelques années à un foisonnement des thérapies utilisées à des fins préventives, la probabilité de voir la population adulte consommer plusieurs médicaments simultanément s'accroît. Ainsi, nombre de pharmaciens l'auront constaté : désormais, la polypharmacie ne se réduit plus qu'à la seule population gériatrique.

Si les avantages de la polypharmacie tardent à être étayés dans les études observationnelles, les problèmes ne sont plus à démontrer⁴. Aussi des initiatives internationales à large échelle ont-elles été déployées pour réduire la polypharmacie. Ces initiatives comprennent notamment OPERAM qui vise à optimiser la thérapie médicamenteuse pour réduire les hospitalisations des aînés multimorbides, SIMPATHY qui développe des outils et du matériel pour améliorer la gestion de la polypharmacie, PRIMA-eDS qui souhaite réduire les médicaments inappropriés et les effets indésirables chez les aînés par l'utilisation d'outils électroniques d'aide à la décision et SENATOR qui développe des outils informatiques pour améliorer les thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques destinées aux aînés multimorbides polymédicamentés⁵⁻⁸. De fait, la déprescription constitue une avenue indispensable pour s'attaquer à la polypharmacie

et en réduire les conséquences néfastes. Définie comme le processus de retrait d'une médication inappropriée supervisé par un professionnel de la santé, la déprescription a pour but de gérer la polypharmacie et d'améliorer les effets sur la santé⁹. Au Québec, plusieurs projets de déprescription ont été couronnés de succès, tels que les études EMPOWER et D-PRESCRIBE portant sur les aînés qui vivent dans la communauté ou encore le projet PEPS en Centre d'hébergement de soins de longue durée¹⁰⁻¹².

Il convient de tabler sur ces réussites en gériatrie pour déployer des modèles de pratique innovants dans toute la population. Plusieurs ressources et outils développés par les membres du Réseau canadien pour la déprescription peuvent soutenir l'implantation de cette pratique clinique¹³. Citons en exemple des modèles d'opinions pharmaceutiques qui facilitent la communication entre les pharmaciens et les médecins dans les processus de déprescription, des vidéos éducatives destinées aux professionnels de la santé ou encore des documents d'information destinés aux patients servant à déterminer les risques et avantages associés à certains médicaments potentiellement inappropriés. Des algorithmes de déprescription et autres lignes directrices de pratique clinique développés par des équipes multidisciplinaires canadiennes constituent d'autres outils fort utiles¹⁴. Par ailleurs, la qualité des relations interdisciplinaires déjà bien présentes dans la pratique au Québec favorise aussi grandement la mise en pratique de la déprescription¹⁵.

La déprescription reste néanmoins encore peu intégrée dans les cursus universitaires des domaines de la santé. Or il est essentiel que tous les professionnels de la santé soient formés à la déprescription, parce que l'essence même du processus est interdisciplinaire. En effet, la déprescription n'est pas un acte isolé, mais un ensemble d'étapes impliquant le patient et les professionnels de la santé qui l'entourent. Étant donné les limites à la formation universitaire, le

pharmacien en exercice est un modèle fondamental pour enseigner et ancrer cette pratique : après tout, une pratique optimale de prescription inclut autant le début que l'arrêt appropriés de médicaments¹⁶. Le pharmacien, qu'il œuvre en milieu communautaire, à l'hôpital, dans un groupe de médecine familiale ou en centre de soins de longue durée, peut influencer autant les futurs pharmaciens qu'il encadre que les autres professionnels de la santé qui gravitent autour du patient et qui jouent un rôle essentiel dans l'esprit interdisciplinaire de la déprescription.

Pour atteindre le plein potentiel de la déprescription, il est toutefois essentiel de ne pas se limiter à la population gériatrique. Faire fi de l'impératif de la déprescription parce que la personne n'est pas admise dans un département de gériatrie est incohérent. De fait, si les démarches de la déprescription visant les populations âgées permettent de réduire la prévalence de la polypharmacie, la problématique liée à l'incidence de la polypharmacie demeure entière si on n'applique pas les principes de la déprescription à l'ensemble des populations traitées, afin d'agir en amont. Les impératifs de mettre en place les processus de décision partagée, de réviser la médication et de se pencher sur la pertinence de prescrire et de déprescrire existent pour tous les groupes d'âge.

Il faut répondre à plusieurs questions dès les premières prescriptions : quelles sont les données probantes soutenant la décision ? Quels sont les objectifs visés et à quel moment la thérapie sera-t-elle réévaluée pour déterminer s'ils ont été atteints ? Que veut le patient ? Combien de temps doit-on traiter ou quel événement de santé signera la fin

du traitement ? Il va sans dire que, dans ce contexte, les prescriptions dites « à vie » n'ont pas beaucoup de sens.

On assiste graduellement à un changement de culture où, lentement mais sûrement, on réévalue les thérapies utilisées et où le principe « Pourquoi réparer ce qui n'est pas brisé ? » n'a plus sa place. On se questionne. On ose parler des réserves et des doutes et mettre en relief les risques et les avantages dans la situation présente et future de la personne. Le pharmacien doit être à l'avant-plan de ces changements. Et pour favoriser un changement de culture profond, la déprescription ne doit pas seulement être l'apanage de la gériatrie.

Financement

Caroline Sirois détient une bourse Junior 1 du Fonds de recherche du Québec – Santé, de même que des fonds de recherche du Centre de recherche sur les soins et les services de santé de première ligne de l'Université Laval et de la Chaire de recherche sur le vieillissement de l'Université Laval. Justin P. Turner reçoit une bourse postdoctorale de MITACS.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Roux B, Simard M, Gagnon ME, Sirois C. Utilisation des médicaments potentiellement inappropriés en 2014-2015 chez les aînés québécois présentant des maladies chroniques ou leurs signes précurseurs. Institut national de santé publique du Québec (2019).
2. Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016. Ottawa, ON : ICIS; 2018.
3. Simard M, Dubé M, Gaulin M, Trépanier PL, Sirois C. La prévalence de la multimorbidité au Québec, portrait pour l'année 2016-2017. Institut national de santé publique du Québec (2019).
4. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opin Drug Saf* 2018;17:1185-96.
5. Optimising therapy to prevent avoidable hospital admissions in the multimorbid elderly, OPERAM. [en ligne] <https://operam-2020.eu/index.php?id=1511> (site visité le 22 mai 2019).
6. Scottish government health and social care directorates. Stimulating innovation management of polypharmacy and adherence in the elderly, SIMPATHY. [en ligne] www.simpathy.eu/ (site visité le 22 mai 2019).
7. Polypharmacy in chronic diseases: reduction of inappropriate medication and adverse drug events in elderly population by electronic decision support, PRIMA-eDS. [en ligne] <http://www.prima-eds.eu> (site visité le 22 mai 2019).
8. Software engine for the assessment and optimization of drugs and non drug therapy in older persons, SENATOR. [en ligne] <http://www.senator-project.eu> (site visité le 22 mai 2019).
9. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer SN. A systematic review of the emerging definition of "deprescribing" with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:1254-68.
10. Tannenbaum C, Martin P, Tamblin R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014;174:890-8.
11. Martin P, Tamblin R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a Pharmacist-Led educational intervention on inappropriate medication prescriptions in older adults: The D-PRESCRIBE randomized clinical trial. *JAMA* 2018;320:1889-98.
12. Rouleau R. Projet d'évaluation de la personnalisation des soins (infirmiers, médicaux, et pharmaceutiques) en soins de longue durée (SLD). Conférence de l'APES le 27 avril 2018. [en ligne] https://www.apesquebec.org/sites/default/files/evenements/2018/201804252627_congres/20180427-t/2018042527_congres_RRouleau.pdf (site visité le 22 mai 2019).
13. Réseau canadien pour la déprescription. Ai-je encore besoin de ce médicament ? [en ligne] <http://www.reseaudeprescription.ca/> (site visité le 22 mai 2019).
14. The Bruyère deprescribing research team. Deprescribing.org [en ligne] <https://deprescribing.org> (site visité le 22 mai 2019).
15. St-Amand S, Dupont I. Votre expérience avec les soins en collaboration. *Pharmactuel* 2013;46:106-11.
16. Raman-Wilms L, Farrell B, Sadowski C, Austin Z. Deprescribing: An educational imperative. *Res Social Adm Pharm* 2019;15:790-5.