

MÉDICAMENTS ET DÉPRESCRIPTION – POUR QUI ? POURQUOI ? COMMENT ?

Geneviève Ricard, gériatre
Marie-Claude Fortin, pharmacienne

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

ENSEMBLE
pour la
VIE

Québec 

OBJECTIFS

- Définir la déprescription et la polypharmacie
- Décrire les impacts de la médication avec le vieillissement
- Identifier les bienfaits et les précautions à prendre lors de la déprescription



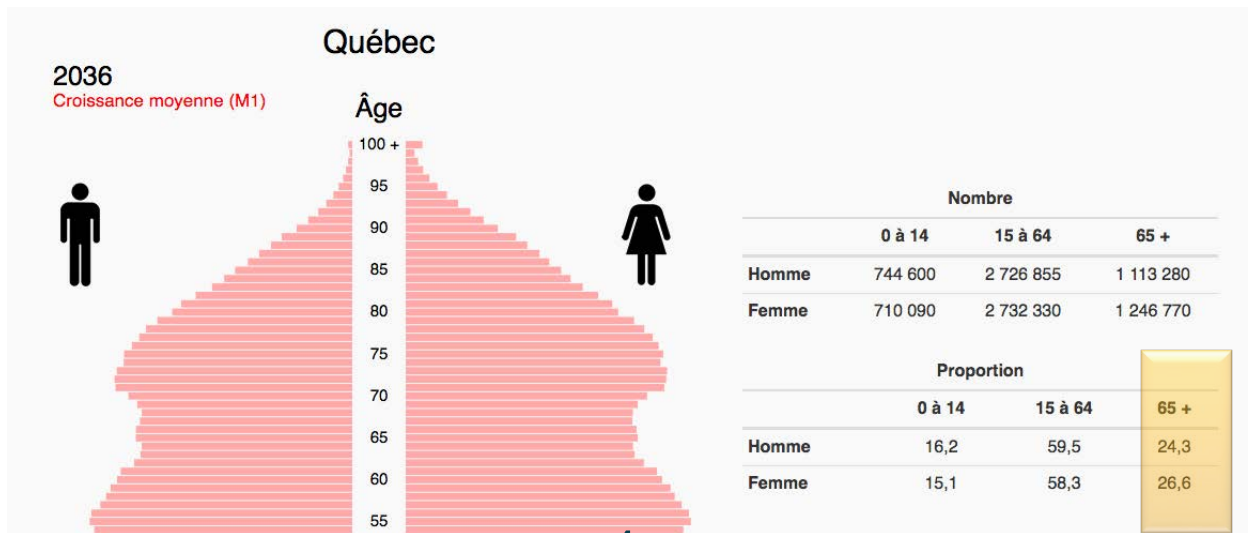
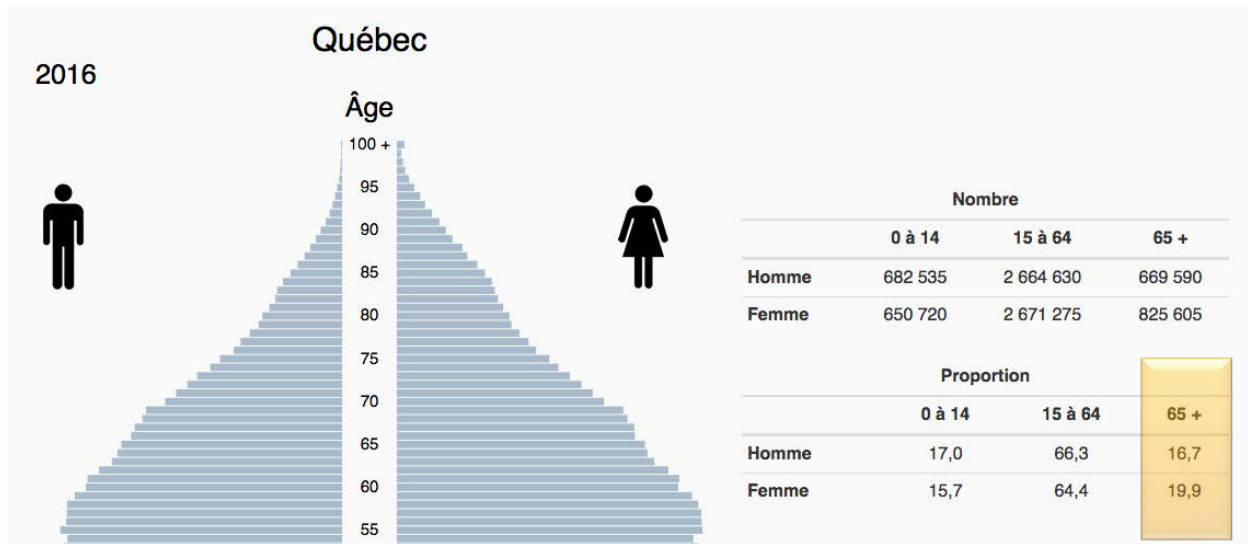
INTRODUCTION

- Étude récente démontre
 - 65.2% → familiers avec concept de préjudice induit par la médication
 - Seulement 6,9% savaient ce que représentait le terme déprescription...

(Turner & Tannenbaum, 2017)



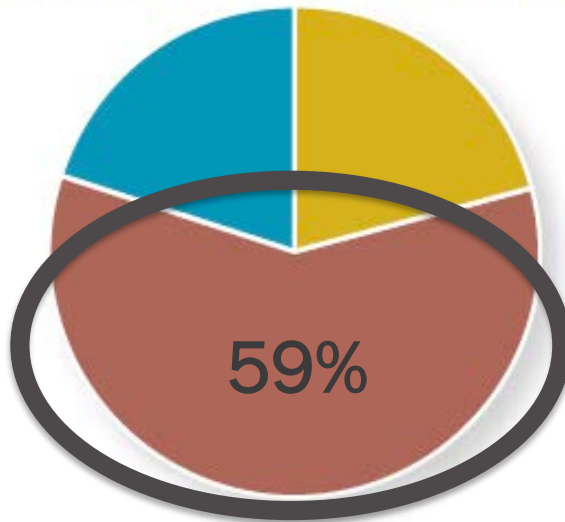
VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION



CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

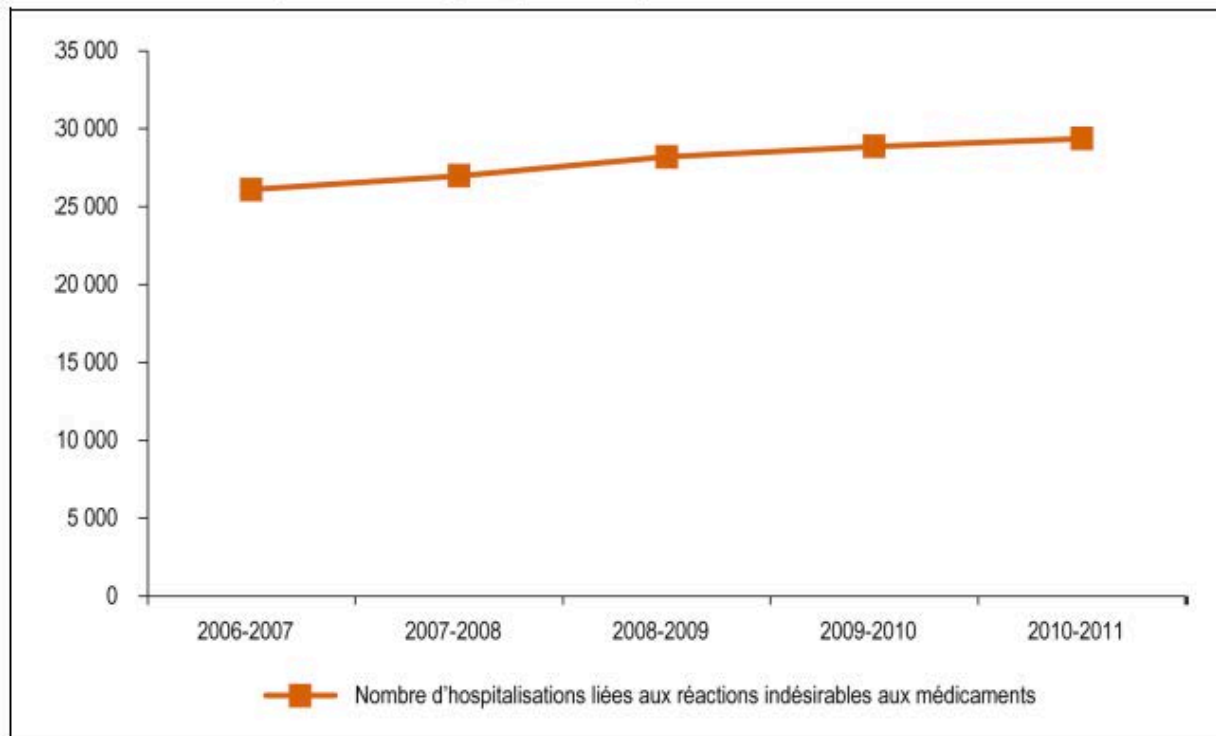
RÉPARTITION DES COÛTS RELATIFS AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

- Adhérents (21 %)
- Personnes âgées de 65 ans ou plus (59 %)
- Prestataires d'une aide financière de dernier recours (20 %)



HOSPITALISATIONS RELIÉES À LA MÉDICATION

Figure 1 : Nombre d'hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, Canada, de 2006-2007 à 2010-2011



Sources

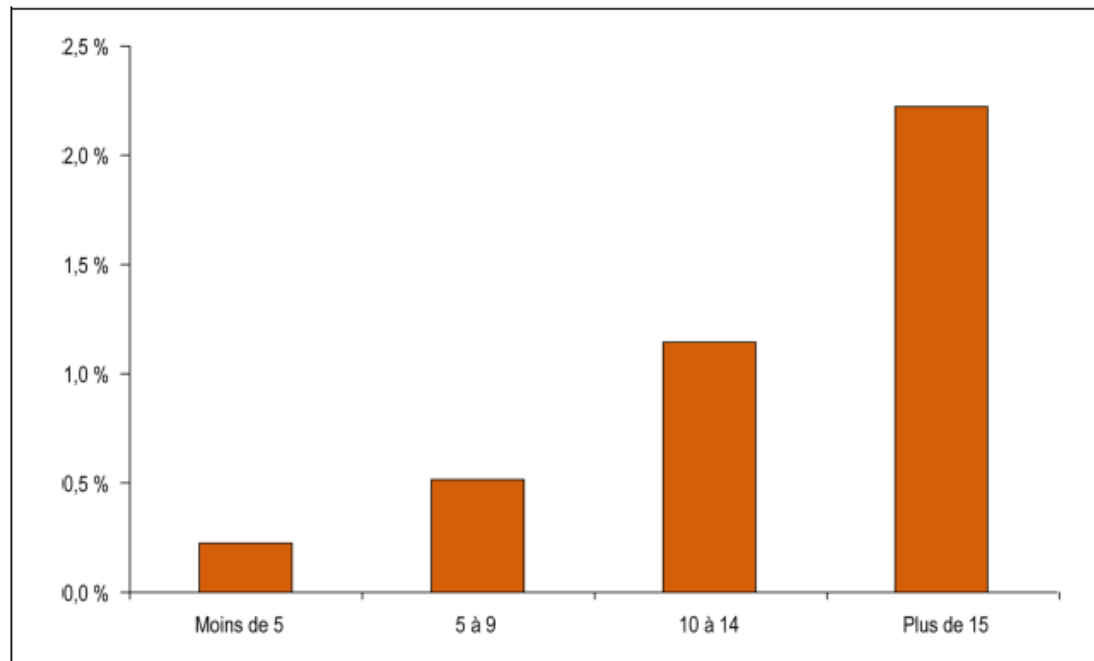
Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

Tiré de www.cihi.ca

Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées

HOSPITALISATIONS RELIÉES AUX MÉDICAMENTS SELON LEUR NOMBRE

Figure 2 : Pourcentage des personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments hospitalisées en raison d'une réaction indésirable à un médicament, selon le nombre de médicaments, certaines provinces*, 2010-2011



Remarque

* Les trois provinces qui, en juillet 2012, soumettaient à la BDCP et à la base de données du SNIUMP des données pouvant être couplées : Alberta, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard.

Sources

Base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

Tiré de www.cihi.ca

Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées

QUELQUES DÉFINITIONS

- Polypharmacie

- Nombre seul?

- En moyenne 5 à 10 selon les références

(Gnjidic, et al., 2012)

- Inclure médicaments vente libre, produits naturels...

- Usage de médicaments inappropriés

- Ne témoigne pas du sous-traitement de certaines pathologies...

(Bushardt, et al., 2008)

QUELQUES DÉFINITIONS

- Médicament potentiellement inapproprié



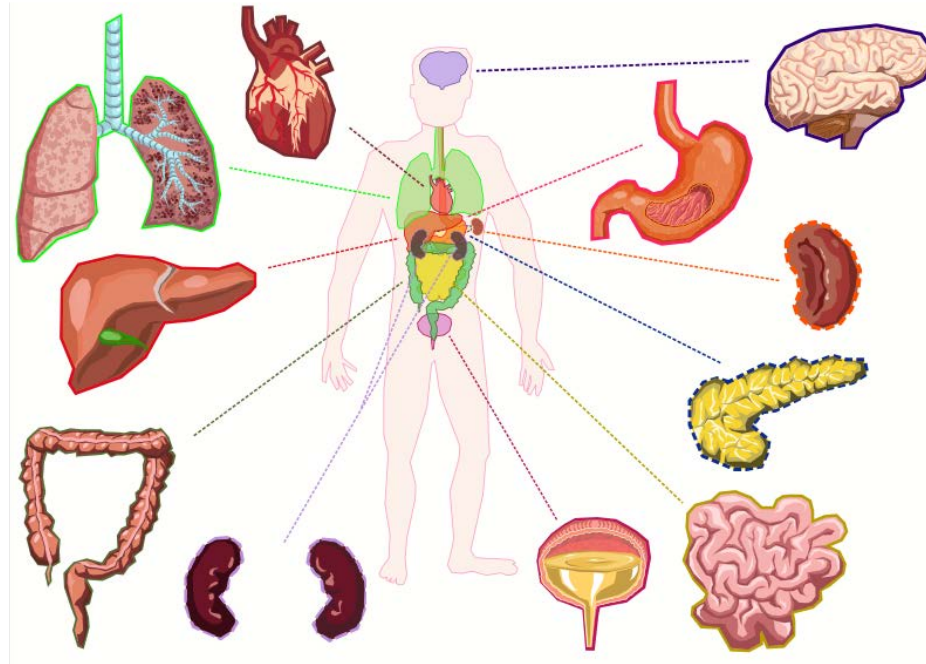
Risques



Bénéfices

QUELQUES DÉFINITIONS

- Effets indésirables = effets secondaires



Tiré de : https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Organes_du_corps_humain.svg

QUELQUES DÉFINITIONS

- Médicament inutile

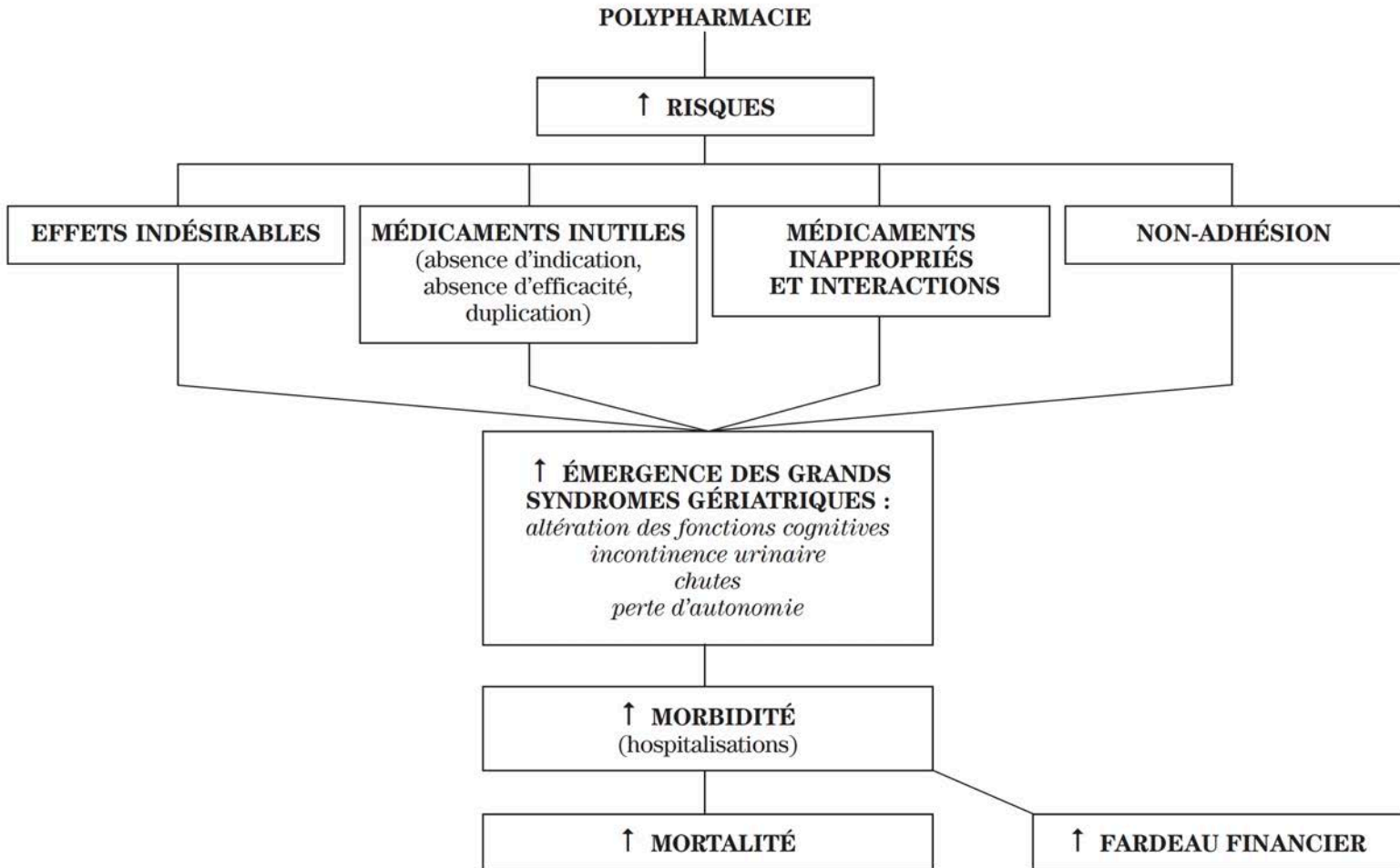


UTILISATION RATIONNELLE

- Pas à tout prix cesser tous les médicaments...!
- Certains sont encore indiqués et bien tolérés!

CONSÉQUENCES DE LA POLYPHARMACIE

Figure 1 : La polypharmacie et ses conséquences



PRINCIPES DE BASE : PHARMACOLOGIE

1. Pharmacodynamie:

- « Ce que le médicament fait dans notre corps »
- Actions/effets du médicament
- Synonyme = effet « thérapeutique »

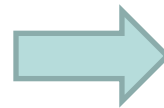
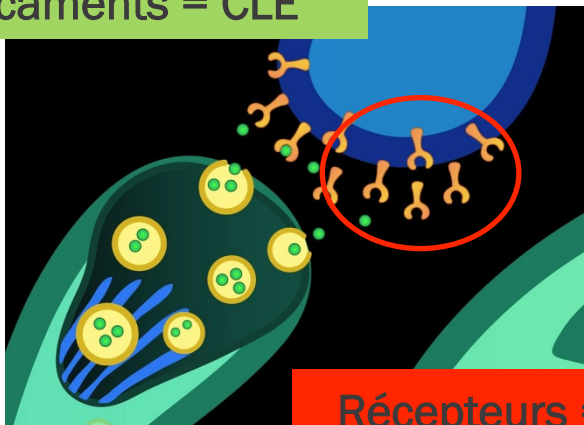
PRINCIPES DE BASE : PHARMACOLOGIE

1. Pharmacodynamie:

- Plus précisément:

Analogie : clé et serrure

Médicaments = CLÉ



« Effets » du médicament

Récepteurs = SERRURE

PRINCIPES DE BASE : PHARMACOLOGIE

2. Pharmacocinétique:

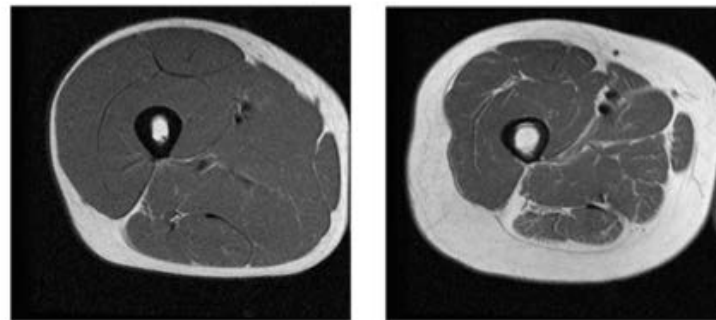
- « Ce que notre corps fait au médicament »
- 4 étapes principales:
 - Absorption : « pénétration dans le corps »
 - Distribution : répartition dans le corps
 - Métabolisme: transformation « chimique » par notre corps
 - Élimination: excrétion hors de notre corps

CHANGEMENTS ASSOCIÉS AU VIEILLISSEMENT BIOLOGIQUE OU « NORMAL »

- Physiologiques → personne n'y échappe!
- À toutes les étapes!
 - Changements pharmacocinétiques
 - Changements pharmacodynamiques

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES ASSOCIÉS AU VIEILLISSEMENT

- Composition de notre corps se modifie :
 - ↑ graisses (20-40 %) VS ↓ masse musculaire



Age 25

Age 63

- ↓ masse osseuse
- ↓ masse hydrique (↓ 15 % de l'eau dans nos cellules)

CHANGEMENTS PHARMACOCINÉTIQUES

1. Absorption

1. « Vieillesse » du tube digestif:

1. ↓ motilité de l'estomac et des intestins:

- Impact : vitesse d'absorption de certains médicaments est plus lente

○ ↓ acidité de l'estomac:

- Impact : quantité de certains médicaments absorbés est modifiée

CHANGEMENTS PHARMACOCINÉTIQUES

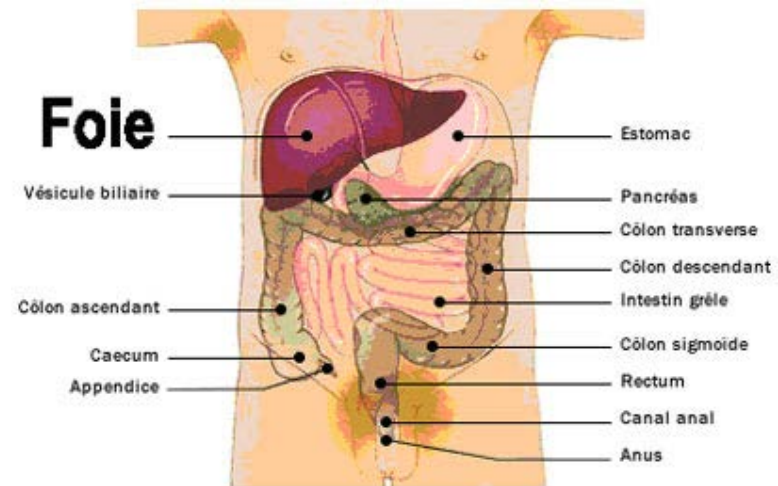
2. Distribution

- Surtout suite aux changements physiologiques liés au vieillissement:
 - Distribution des médicaments de façon plus extensive dans l'organisme
 - Accumulation de certains médicaments dans les graisses → ↑↑↑ des concentrations (« quantité ») de médicaments présent dans l'organisme

CHANGEMENTS PHARMACOCINÉTIQUES

3. Métabolisme

- Foie :
 - Responsable de la transformation « chimique » des médicaments → Facilite l'élimination
 - Synonyme : « épuration »



CHANGEMENTS PHARMACOCINÉTIQUES

3. Métabolisme

- Avec l'âge (entre 20 et 80 ans) :

↓ 20% nombre cellules du foie



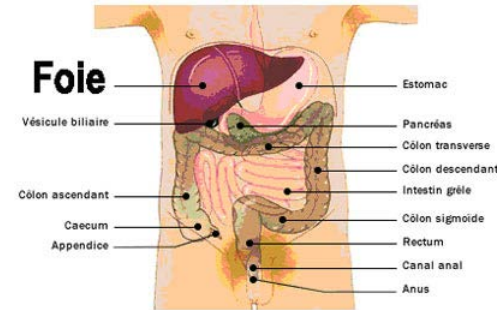
↓ efficacité du foie



Accumulation du médicament



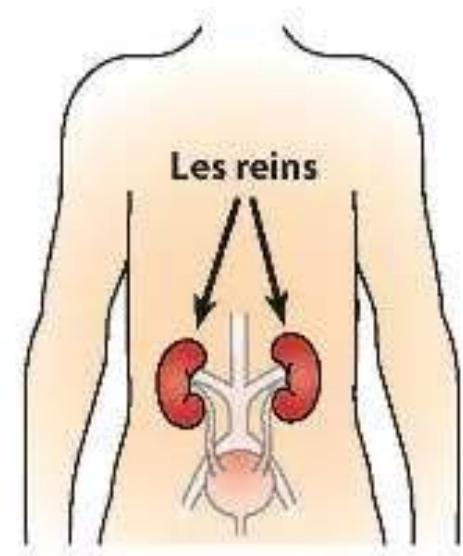
↑ des effets ET des effets secondaires



CHANGEMENTS PHARMACOCINÉTIQUES

4. Élimination

- Reins:
 - Organe responsable de l'élimination ou excrétion de la majorité des médicaments
 - Synonyme : « filtre »



CHANGEMENTS PHARMACOCINÉTIQUES

4. Élimination

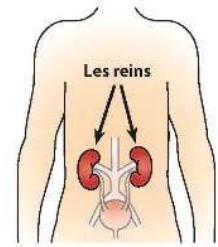
- Avec l'âge (de 40 à 70 ans)

↓ capacité filtration (environ 50%)
(même si aucune maladie rénale)

↓ élimination des médicaments

médicaments plus longtemps dans le sang

↑ des effets ET des effets secondaires



CHANGEMENTS PHARMACODYNAMIQUES

- Beaucoup moins étudiés que les changements pharmacocinétiques chez la personne âgée



CHANGEMENTS PHARMACODYNAMIQUES

1. Les récepteurs (*serrures*) présents sur nos cellules changent avec l'âge :
 - Variation du nombre de récepteurs
 - Variation de l'effet au niveau du récepteur



↑ ou ↓
effets des médicaments

CHANGEMENTS PHARMACODYNAMIQUES

2. Réponse ou effet différents de substances chimiques avec l'âge

- Exemples :
 - Narcotiques (calmants pour la douleur)
 - Benzodiazépines (médicaments pour dormir ou pour anxiété)
 - Certains médicaments pour le coeur

EN RÉSUMÉ

- Changements physiologiques lié à l'âge



Modifications pharmacocinétiques et
pharmacodynamiques



Variations dans les effets attendus
(et inattendus !)

AUTRES CONSIDÉRATIONS...

- Changements de nature « pathologiques » :

Maladies



Séquelles au niveau des organes (ex: foie, reins)



↓ capacité d'adaptation au stress

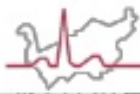


↑ sensibilité aux effets secondaires

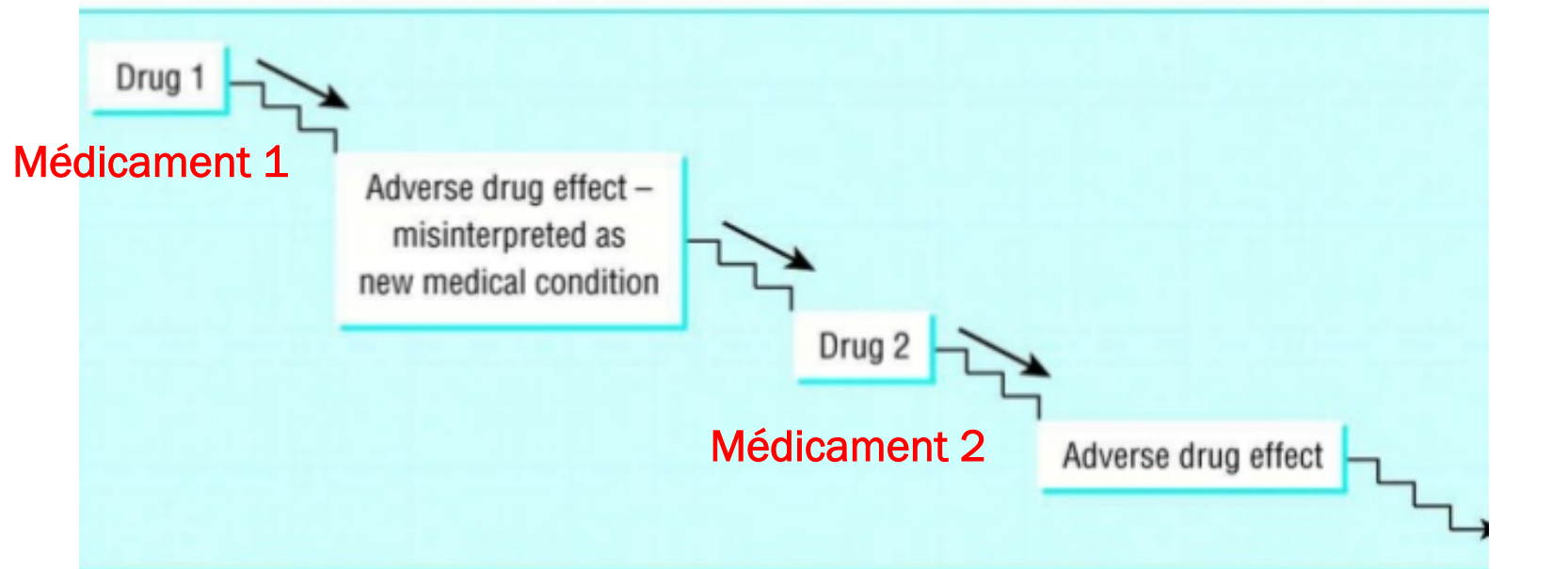
EFFETS SECONDAIRES CHEZ POPULATION ÂGÉE

- Présentation souvent atypique
- Symptômes les plus souvent retrouvés
 - Chutes
 - Incontinence urinaire
 - Confusion
 - Perte d'autonomie

« CASCADE MÉDICAMENTEUSE »



Cascade médicamenteuse



Lorsqu'un effet indésirable est considéré comme un nouveau problème médical

Rochon PA, Gurwitz JH. **Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade.** BMJ. 1997 Oct 25;315(7115):1096-9.

OUTILS UTILES

- www.deprescribing.org
- Benzodiazépines (Ex: Ativan®)
- Anti-histaminiques (Ex: Bénédryl®)
- Inhibiteurs pompe à protons (Ex: Pantoloc®)

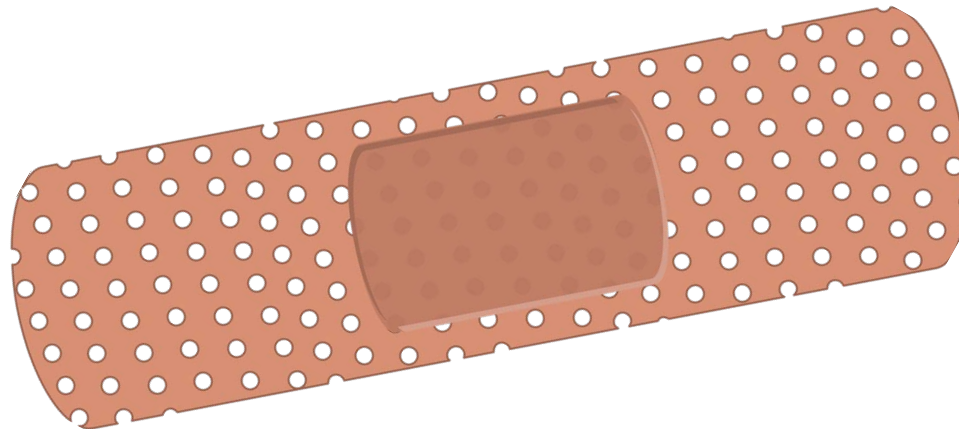
VRAI OU FAUX?

- Les benzodiazépines sont la meilleure option pour traiter les symptômes d'insomnie?
- Sans ce médicament, je serai incapable de dormir ou j'aurai plus d'anxiété?



BENZODIAZÉPINES

- Utiles à COURT terme
- PAS la meilleure option à long terme...



- Importance des manœuvres non-pharmacologiques!

BENZODIAZÉPINES

- Risques :
 - Accoutumance
 - Fatigue / sédation
 - Problèmes de mémoire...



BENZODIAZÉPINES

- Risques :
 - Élimination plus lente avec l'âge
 - Pertes d'équilibre / risque de chutes
 - fracture de hanche



BENZODIAZÉPINES

○ Alternatives non-pharmacologiques



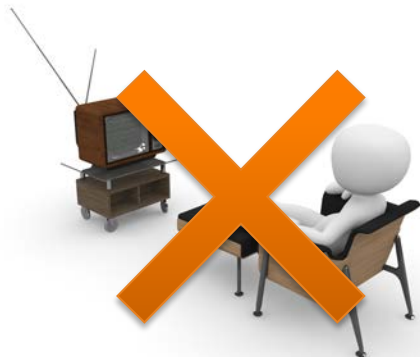
Marcher



Relaxation



Limitier siestes



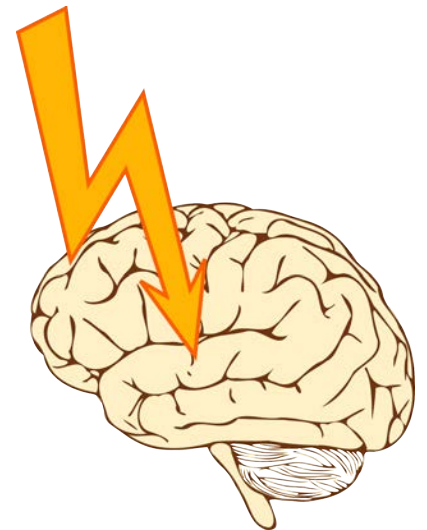
VRAI OU FAUX?

- Les anti-histaminiques de première génération (type Bénédryl® ou Atarax®) sont sécuritaires lors d'une prise à long terme?
- Les anti-histaminiques n'ont que peu d'effets secondaires?



ANTI-HISTAMINIQUES

- 2^e génération + sécuritaires
 - Ex: Réactine®, Claritin®, Aerius®
- Malgré tout plusieurs effets secondaires
 - Fatigue / étourdissements
 - Confusion / perte de mémoire
 - Constipation / rétention urinaire
 - Yeux et bouche secs



ANTI-HISTAMINIQUES

- Alternatives non-pharmacologiques
 - Souvent grattage 2nd peau sèche!



Crème
hydratante
2 à 3 fois / jour



Éviter savon



Limite 10
minutes

VRAI OU FAUX?

- Plus de la moitié des gens prennent des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) n'en ont probablement pas besoin?
- Il n'y a pas de risque grave associé à la prise d'IPP?



INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

- Pas indiqués si symptômes occasionnels
- Effets secondaires
 - Risque de fracture de hanche
 - Hypomagnésémie → arythmies
 - Pneumonies
 - Colite à C. difficile...

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

- Attention!
 - Interaction avec d'autres médicaments, comme le Plavix®
- Indications :
 - Reflux chronique > 3 jours / semaine
 - Protection gastrique (Ex: prise d'anti-inflammatoires)
 - Ulcère gastrique / H. pylori

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

o Alternatives non-pharmacologiques



Mets épicés



DON'T SMOKE



Alcool



Perte de poids



Café

ACCOMPAGNEMENT ESSENTIEL!!!

- Médical
- Pharmacie communautaire
- Famille!

En discuter avec votre médecin démontre
votre motivation !

CONCLUSION

- Les changements liés au vieillissement ont des conséquences sur le risque d'effets secondaires
- Les médicaments privilégier lors de la diminution :
 - potentiellement inappropriés
 - avec effets indésirables importants
 - inutiles (absence d'efficacité ou d'indication)



MESSAGES CLÉS

- La déprescription permet de limiter les effets indésirables
 - Ex: déclin cognitif, chutes, perte d'autonomie
- **Importance** d'un accompagnement
→ parlez-en à votre médecin ou votre professionnel de la santé!



BIBLIOGRAPHIE

- Rapport annuel de gestion 2016-2017. Régie de l'assurance maladie du Québec. Consulté en ligne, novembre 2017.
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1617.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. Consulté en ligne, novembre 2017. <https://www.cihi.ca/fr>
- Statistiques Canada. Consulté en ligne, novembre 2017.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x2009001-fra.pdf>
- Deprescribing.org. Consulté en ligne, novembre 2017.
www.deprescribing.org
- Mallet L et al. Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie. Les Presses de l'Université Laval, 2003.
- Bergeron J, Mallet L, Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie: illustration à l'aide d'un cas de patient. *Pharmactuel* 2008;41 (Suppl 1) : 11-25.
- Janssen J et al. Too much medicine in older people ? Deprescribing through shared decision making. *BMJ* 2016;353.



bibliographie

- Turner JP, Tannenbaum C. Older Adults Awareness of Deprescribing: A Population-Based Survey. *J Am Geriatr Soc* 2017.
- Bushardt RL et al. Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clin Interv Aging* 2008; 3(2): 383–9.
- Gnjidic D et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*_2012;65(9):989-95.

