

Déprescription: c'est quoi au juste?



Demi-journée de formation continue de la SNM – 25 septembre 2025

Dr Joël Wermeille – pharmacien hospitalier et clin.

La déprescription . . .

. . . Qu'est-ce que ce terme
représente pour vous ?

La déprescription . . .

Amélioration la
qualité de la
thérapie ?

Diminution de la
qualité de la
thérapie ?

Baisse des coûts ?

Protéger les
patients âgés ?

Ne pas gaspiller des
ressources
inutilement ?

Une occasion de
thématiser avec
mon patient sur sa
médication ?

Une occasion de
revoir l'ensemble
du traitement ?

Qu'est-ce que ce terme
représente pour vous ?

La déprescription selon



Réseau
canadien pour
la déprescription

- La **déprescription** est la réduction de dose ou la cessation d'un médicament qui n'a plus d'effet bénéfique ou qui risque de nuire au patient.
- La déprescription est un processus planifié et supervisé.
- Le but de la déprescription est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie.

<https://www.reseaudeprescription.ca>

Pourquoi déprescrire?

Si l'utilité d'un médicament n'est plus clairement établie, **sa balance efficacité/risque devient en principe défavorable.**

1,4 milliard de dollars sont dépensés par année en soins médicaux pour traiter les effets néfastes de ces médicaments chez les aînés canadiens. ([Morgan et al. 2016](#))

71 % des aînés canadiens sont prêts à arrêter un médicament si leur médecin leur disait que c'est possible ([Sirois et al. 2017](#)).

La déprescription: davantage chez le patient âgé ?

Les médicaments et le vieillissement

En vieillissant, les changements corporels nous rendent plus sensibles aux médicaments :

- Le cerveau devient plus sensible aux effets des médicaments.
- Les médicaments s'éliminent moins vite de notre corps, parce que nous avons moins de muscles et plus de graisse.
- Notre foie et nos reins ne traitent plus les médicaments aussi efficacement.
- Notre corps contient moins d'eau et les médicaments peuvent devenir plus concentrés.

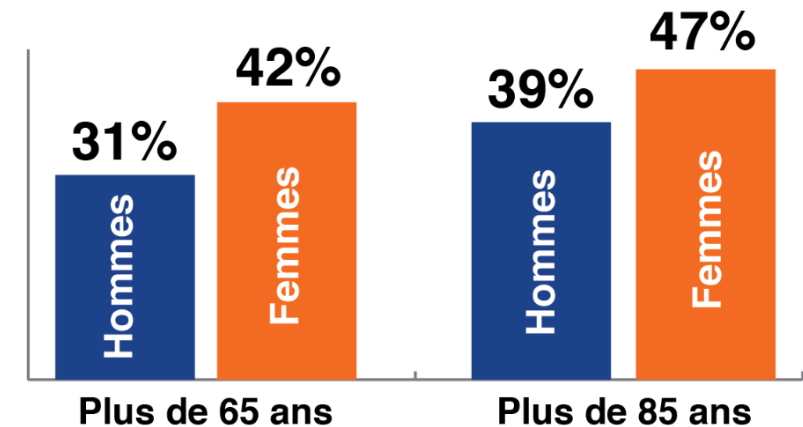
La déprescription: davantage chez le patient âgé ?

Certains médicaments sont-ils plus à risque d'effets néfastes que d'autres ?

Certains médicaments sont considérés comme à risque d'effets néfastes chez les personnes de plus de 65 ans. Ces médicaments sont également identifiés comme étant **potentiellement inappropriés**.

- Les **antipsychotiques** lorsqu'utilisés comme somnifères ou pour traiter les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, par exemple la quétiapine (Seroquel®) ou la rispéridone (Risperdal®)
- Les **somnifères ou médicaments contre l'anxiété** tel que le lorazépam (Ativan®), le zopiclone (Imovane®) ou le zolpidem (Sublinox®)
- Les **médicaments antidiabétiques** à action prolongée utilisés pour traiter le diabète de type 2 tel que le glyburide (DiaBeta®)
- Les **médicaments contre les allergies et les démangeaisons** (antihistaminiques de première génération) tel que la diphenhydramine (Benadryl®)
- Les **médicaments contre le reflux gastrique** : inhibiteurs de la pompe à protons tel que le pantoprazole (Pantoloc®)
- Les **anti-inflammatoires non-stéroïdiens** tels que l'ibuprofène (Advil®) ou le naproxène (Aleve®)
- Les **médicaments opioïdes contre la douleur chronique** comme la morphine (Statex®) ou l'oxycodone (OxyNeo®)

Aînés qui prennent au moins un médicament à risque d'effets néfastes au Canada



(Source: Morgan et al. 2016)

La déprescription: un processus isolé?

- Lors de chaque prescription médicamenteuse, la question de la durée, de la réévaluation et de l'arrêt du traitement devrait être sous-jacente.
- Vision globale de la thérapie médicamenteuse (y c. over-the-counter medication)
- Identifier l'apparition d'un effet indésirable potentielle (chute, anémie, ostéoporose, confusion, constipation, etc.)
- Selon la pathologie, un traitement médicamenteux n'est pas forcément la solution la plus adaptée (notamment sur le long terme)

La déprescription: les défis

- Impliquer les patients et leur entourage
- Oser questionner les attentes d'un traitement en terme d'efficacité clinique pour le patient: exemple: Finasteride, gliflozines (iSGLT), ...
- Oser tester une baisse de dose, surtout lorsqu'il s'agit d'un traitement symptomatique: exemple: antidépresseurs, neuroleptiques, IPP, ...
- Suivi du patient dans le processus de déprescription

Prescription/déprescription: les idées qui ne sont pas toujours si bonnes 😊

- « On ne change pas une équipe qui gagne » => cela peut conduire à un certain immobilisme alors que l'on se trouve peut-être face à une « équipe qui perd » (efficacité insuffisante et effets indésirables): exemples: Pregabaline, opiacés, ...
- Suivre scrupuleusement les guidelines => celles-ci sont souvent basées sur des populations sélectionnées (par exemple: peu âgées et obèses) qui ne correspondent pas à la majorité des patients qui recevront le traitement en EMS (> 75 ans / BMI 18-25): exemples: diabète, maladies CV
- En cas d'effets indésirables: switcher sur une autre molécule qui paraît plus sûr . . . Avant de repenser la question de la pertinence du traitement médicamenteux: par exemple spasmolytique urinaire -> mirabegron



Réseau
canadien pour
la déprescription

JAMA PATIENT PAGE

College of Pharmacy, University of Michigan

ALGORITHMES DE DÉPRESCRIPTION

INFOS POUR PATIENTS

DÉVELOPPEMENT DE CURRICULUM

VIDÉOS ÉDUCATIVES POUR CLINICIENS

COMMUNICATION PHARMACIEN- MÉDECIN

RESSOURCES UTILES

Polypharmacy is the excessive or unnecessary use of medications. It is more common in older adults, who tend to have more medical conditions and take more medications than younger individuals.

Consequences of polypharmacy may include

- Side effects (such as nausea, confusion, and bleeding)
- Decreased mobility and increased falls
- Medication nonadherence (not taking medications as prescribed)
- Drug-drug interactions (when a drug changes the effect of other medications)
- Increased health care use (including visits to clinics and emergency departments and more hospitalizations)

Ways to prevent polypharmacy include

- ▶ Bring an up-to-date list of all your medications and supplements to each medical appointment
- ▶ Discuss new medications or supplements with your clinician before starting them
- ▶ Ask how long you should take new medications and if there are any potential side effects
- ▶ Obtain all medications from a single pharmacy if possible so the pharmacist can review new medications to avoid harmful drug interactions
- ▶ Discuss the potential benefits of **deprescribing**



Deprescribing is the process of decreasing or stopping medications that are no longer needed or may be causing harm. Deprescribing should only take place under the supervision of a treating clinician.

Les outils pour la déprescription: utiles?

Outils explicites (Beers, Stopp/Start) et implicites (MAI, GP-GP)

Outils	Avantages	Inconvénients
Explicites	Plus de validité scientifique	Manque de flexibilité
Implicites	Analyse individualisée pour chaque patient	chronophage

Les outils pour la déprescription

TABLEAU 1

Comparaison des différents outils d'évaluation de prescription médicamenteuse inappropriée

El: effets indésirables; GP-GP: algorithme Good-Palliative-Geriatric Practice; MAI: Medication Appropriateness Index; STOPP/START: Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment.

Outils	Auteurs	Année	Pays	Principe
Outils explicites				
Critères de Beers V1	Beers et coll.	1991	États-Unis	Liste de médicaments à éviter/auxquels prêter attention chez les patients > 65 ans
Critères de Beers V5	American Geriatrics Society ⁷	2019	États-Unis	
Liste PRISCUS	Holt et coll. ⁸	2010	Allemagne	Adaptation critères de Beers aux médicaments allemands avec addition d’alternatives
STOPP/START V1	O’Mahony et coll.	2008	Irlande	STOPP: médicaments à stopper selon la situation clinique START: médicaments potentiellement omis (sous-prescription)
STOPP/START V2	O’Mahony et coll. ⁹	2014	Irlande	
Outils implicites				
MAI	Hanlon et coll. ¹¹	1992	États-Unis	Questionnaire pour chaque médicament (10 ques-tions)
GP-GP algorithme	Garfinkel et coll. ¹²	2010	Israël	Algorithme pour chaque médicament (indication, EI, dosage, alternative)

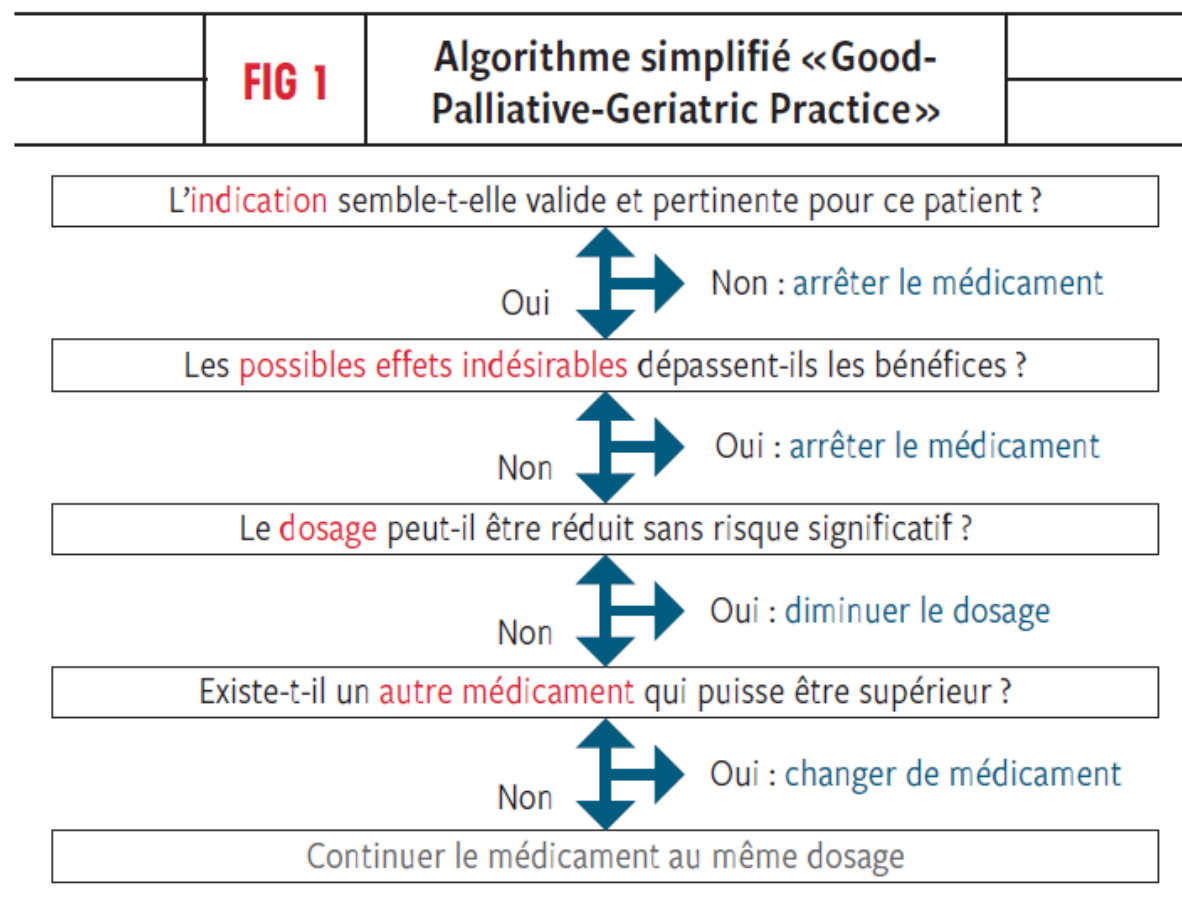
Les outils pour la déprescription

Manque de souplesse des outils explicites: exemples

STOPP	<i>Arrêter les médicaments si</i>
Benzodiazépines ou Z-drugs	> 4 semaines
AINS	Insuffisance rénale/cardiaque
Aspirine	Prévention CV primaire
Antihypertenseur/vasodilatateur	Hypotension orthostatique
Anticholinergique	Troubles cognitifs
Sulfonylurées	Diabète de type 2
<i>Médicaments à instaurer si</i>	START
Chutes, ostéoporose	Vitamine D ± calcium ± bisphosphonates
Fibrillation auriculaire	Anticoagulation ^a
Prévention CV secondaire	Aspirine
Trouble anxiodépressif modéré à sévère	Antidépresseurs de type ISRS
Douleur intense	Opiacés (+ laxatifs)

Les outils pour la déprescription

Exemple d'un outil implicite simplifié: GP-GP simplifié



Vignette clinique

Patiente de 80 ans

55 Kg; 165 cm; en EMS depuis 1.5 ans (changement de médecin);
chutes occasionnelles (2-3x/an); elle se sent souvent fatiguée; constipation;
incontinence urinaire (protections) et tendance aux infections urinaires

Antécédents:

Hypertension artérielle

Ostéoporose

Diabète de type 2

Fibrillation auriculaire

gonarthrose et douleurs lombaires de longue date

Etat anxio-dépressif

Paramètres:

TA 115/75 mmHg

FC : 60 bpm

HbA1c: 7.5%

Créatininémie : 82 µmol/L

DFG-Cockcroft/Gault : 42 mL/min

DFG-CKD EPI : 58 mL/min

Traitement	Posologie
Metformin cpr 500 mg	1-0-1
Forxiga® cpr 10 mg	1-0-0
Metoprolol cpr retard 50 mg	1-0-0
Ramipril cpr 5 mg	1.5 -0-0
Torasemide cpr 10 mg	1-0-0
Eliquis® 5 mg	1-0-1
Pantoprazole cpr 40 mg	1-0-0
Pregabaline cpr 100 mg	0-0-1
Fentanyl patch 50 µg/h	1 patch tous les 3 jours
Escitalopram cpr 20mg	1-0-0
Spasmo-Urgenin® 20mg	1-0-0

Déprescription: quelle stratégie?

Différentes options possibles => prioriser et
Prendre le temps de déprescrire 😊

Commencer par les médicaments les plus à risques:

- Escitalopram: surdosage probable => 10mg/j
- Eliquis: surdosage => 2x2.5mg/j
- Metoprolol: le pouls est bas et l'indication peu claire (FA rapide) => 25mg/j

Commencer par les médicaments les plus faciles à baisser/stopper:

- Pantoprazol: indication peu claire (baisse de dose progressive)
- Spasmo-Urgenin (efficacité limitée)
- Fentanyl patch 50 (probablement très mal absorbé)
- Forxiga (efficacité limitée sur l'HbA1c)

**Ne pas modifier plus d'un médicament à la fois
par cible thérapeutique ou par système**

Avis du patient / repérer les possibles cascades médicamenteuses
(Pregabaline -> Torasemide)

Traitement	Posologie
Metformin cpr 500 mg	1-0-1
Forxiga® cpr 10 mg	1-0-0
Metoprolol cpr retard 50 mg	1-0-0
Ramipril cpr 5 mg	1.5 -0-0
Torasemide cpr 10 mg	1-0-0
Eliquis® 5 mg	1-0-1
Pantoprazole cpr 40 mg	1-0-0
Pregabaline cpr 100 mg	0-0-1
Fentanyl patch 50 µg/h	1 patch tous les 3 jours
Escitalopram cpr 20mg	1-0-0
Spasmo-Urgenin® 20mg	1-0-0

Take home message

- La déprescription: ce n'est très compliqué, mais ça prend du temps
- Elle vise davantage à maintenir ou améliorer la qualité de vie, qu'à baisser les coûts
- C'est un processus planifié et supervisé (avec ou sans outils)
- Elle prend un sens particulier en EMS où une réévaluation du profil efficacité/risque de chaque médicament est pertinente
- Une approche interprofessionnelle (et si possible l'implication du patient) rend le processus plus efficace

Merci de votre attention

