



96^{èmes} Journées de l'APHO

Vannes
3 et 4 Avril 2025

“L'APHO'RSE,,

Responsabilité sociétale
et environnementale en PUI :

- Innovation managériale
- Innovation technologique
- Démarche qualité & Bon usage

Et si la déprescription
était la solution ?

Dr JF Huon
Pharmacien MCU-PH
CHU Nantes

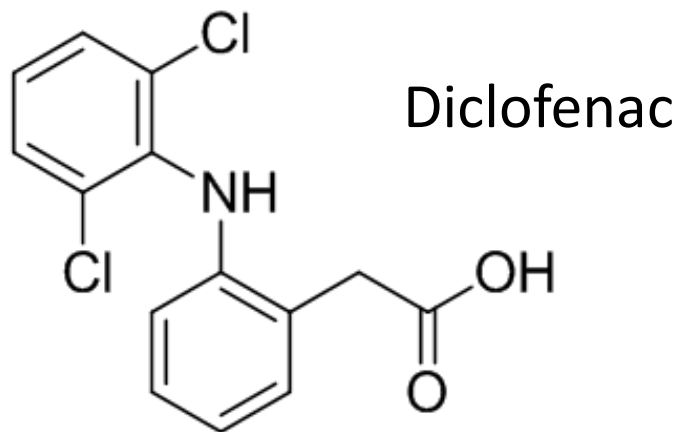
Ce dont on parle le plus : l'impact carbone

- Empreinte Carbone de la santé :
 - 49 MtCO₂eq
 - 8 % de l'empreinte nationale
 - **50 % = médicaments et DM**
- Emissions = Intensité du C produit (kgCO₂e/produit) x quantité de produit
- Différent selon le cycle de vie du médicament
 - Ténofovir : 80 % des émissions de GES dues à la production du PA
 - Gaz anesthésiants : 99 % dues à leur utilisation
 - Morphine : 50 % dues à l'emballage
 - Ac Mc : 90 % dues à la consommation d'électricité
 - Ibuprofène : 37 % dues aux solvants

→ **Actions différentes selon le médicament**

De multiples faces cachées de l'iceberg

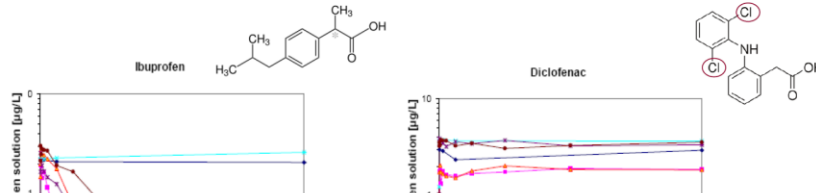
- Les autres impacts environnementaux



- Tous les médicaments ne se ressemblent pas, même dans une même classe, effets parfois imprévisibles

Eco-toxicologie des AINS

Incubation en boue activée conventionnelle (CAS) ou en bioréacteur à membrane (MBR) avec ou sans adjonction de substances solides (SS)



1.5 h dans le corps humain
> 100 h dans les lacs

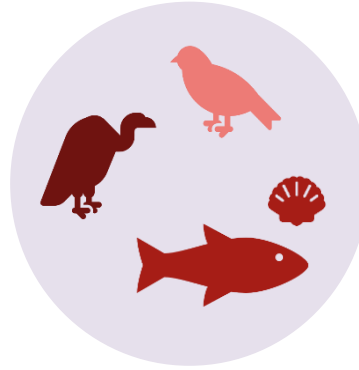


Le gammaré transforme le diclofénac en un métabolite (ester méthylé peu soluble) d'une toxicité plus élevée que la substance mère

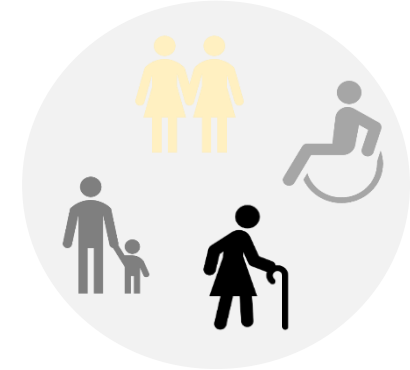
Impact direct sur les écosystèmes



- Défaut de développement des chloroplastes
- Inhibition de la croissance végétale



- Nécrose tubulaire aiguë
- Modification du mRNA
- Embryotoxicité
- Changements morphologiques des organes reproducteurs



- Resistance aux antibiotiques
- Immunosuppression
- Tératogénicité
- Fertilité

Zhang X, Yan S, Chen J, Tyagi RD, Li J. Physical, chemical, and biological impact (hazard) of hospital wastewater on environment: presence of pharmaceuticals, pathogens, and antibiotic-resistance genes. In: Current Developments in Biotechnology and Bioengineering

Li WC. Occurrence, sources, and fate of pharmaceuticals in aquatic environment and soil. Environ Pollut. 2014;187:193-201.

Carter LJ, Williams M, Martin S, Kamaludeen SPB, Kookana RS. Sorption, plant uptake and metabolism of benzodiazepines. Science of The Total Environment. 2018;628-629:18-25.

Katsikaros AG, Chrysikopoulos CV. Occurrence and distribution of pharmaceuticals and personal care products (PPCPs) detected in lakes around the world - A review. Environmental Advances. 2021;6:100131.

Mackuľák T, Černanský S, Fehér M, Birošová L, Gál M. Pharmaceuticals, drugs, and resistant microorganisms — environmental impact on population health. Current Opinion in Environmental Science & Health. 2019;9:40-8.

Un des piliers de l'écoprescription : mieux prescrire

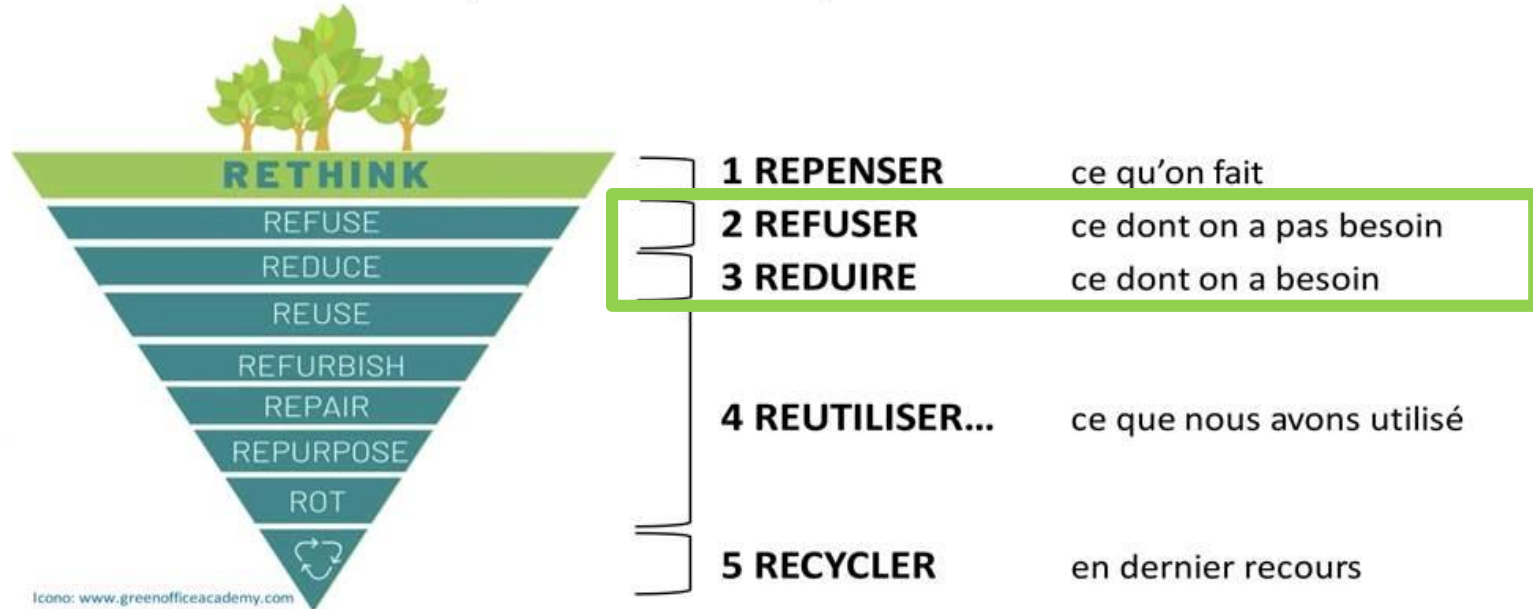
- Privilégier les formes orales sèches plutôt que formes buvables ou parentérales
 - Ex : bilan carbone pour 1g de paracétamol → 1cp = 38g, solution buvable = 151g, IV = 310-628g
- Eviter les inhalateurs pressurisés
 - Ex : bilan carbone pour inhalateur → à poudre = 1kg/boîte, pressurisé = 11 à 28kg/boîte
- Privilégier au sein d'une même classe thérapeutique les molécules aux doses journalières de PA les plus faibles
 - Ex : IEC → écart de bilan C entre la molécule la plus active et la moins active = x 2,6
- Privilégier les spécialités combinées
 - Ex : périndopril 4mg + amlodipine 5mg → périndopril / amlodipine 4/5mg
- Privilégier un schéma posologique avec un minimum de doses à administrer
 - Ex : 2 cp de tramadol 50mg → 1 cp de tramadol LP100mg.

Mais cela concerne les médicaments dont la prescription est justifiée

Chercher à REDUIRE LES VOLUMES PRESCRITS

Des solutions...

La stratégie des « R »
Dans cet ordre pour diminuer l'impact environnemental



Feuille de route

Planification
écologique
du système
de santé

Mai 2023

7 CHAMPS D'ACTION POUR ASSURER LA TRANSFORMATION ÉCOLOGIQUE DU SECTEUR

FOCUS MEDICAMENTS

3 Soins écoresponsables

- ... la recherche devra être développée, de même que les données scientifiques, sur la promotion et le soutien des alternatives non médicamenteuses qui présentent de nombreux co-bénéfices.
- Réduire le recours au desflurane et isoflurane...
- Réduire le recours aux inhalateurs aérosols
- Dispensation des médicaments à l'unité
- Éco score par médicament

4 Déchets du secteur

- Automatiser les stocks dans les pharmacies à usage intérieur pour permettre une meilleure gestion des stocks et une réduction des déchets de médicaments
- Développer la sobriété des prescriptions et mener une réflexion sur la dé-prescription et les alternatives non médicamenteuses
- Développer la délivrance de médicaments à l'unité (élément intégré notamment à la Convention nationale des pharmaciens en 2023)

Réduction des médicaments et dispositifs médicaux

Réduire les volumes prescrits

Quelle pratique de la surprescription ?

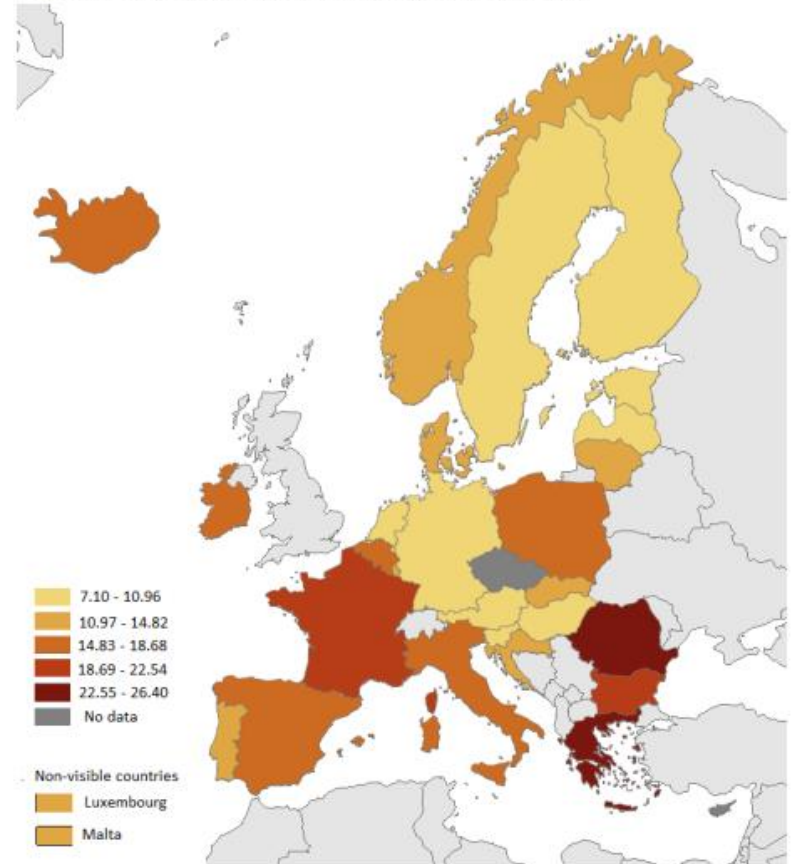
Comparaison France / Allemagne :

- 2 fois plus d'antibiotiques
- 14 fois plus d'anxiolytiques

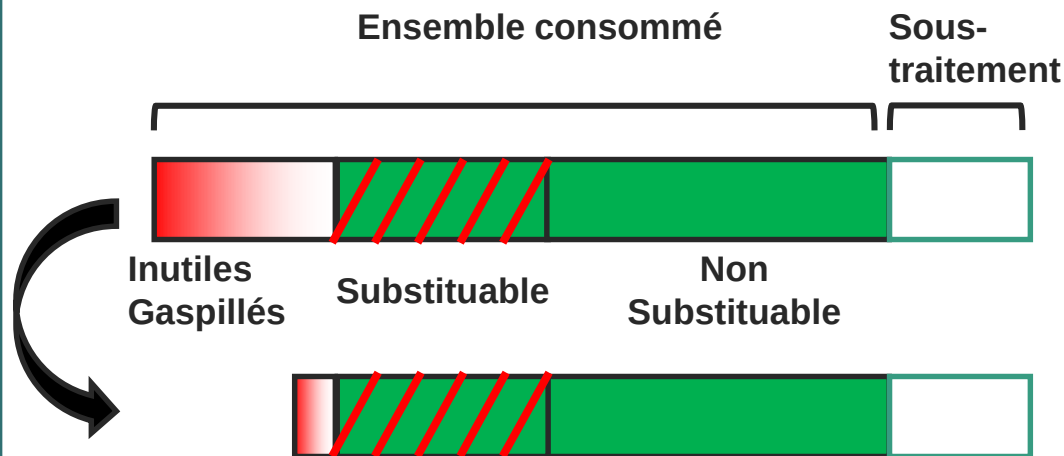
Espérances de vie comparables.

Illustration : comparaison
de la consommation
d'antibiotiques par pays

Figure 1. Community consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01), by country, EU/EEA countries, 2020 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



Réduire les volumes prescrits



Part des médicaments et diagnostics à faible valeur ajoutée dans le budget de santé américain. Entre 31 et 57Mds\$.

Table 2. Cost Estimates by Waste Domain

Domain	Costs, \$US Billion	
	Annual Estimates	Total Range
Failure of Care Delivery		
Hospital-acquired conditions and adverse events ¹⁸⁻²²	5.7-46.6	
Clinician-related inefficiency (variability in care, inefficient use of high-cost physicians) ^{27,28}	8.0	102.4-165.7
Lack of adoption of preventive care practices (obesity, vaccines, diabetes, hypertension) ²³⁻²⁶	88.6-111.1	
Failure of Care Coordination		
Unnecessary admissions and avoidable complications ^{19,29}	5.9-56.3	27.2-78.2
Readmissions ^{30,31}	21.25-21.93	
Overtreatment or Low-Value Care		
Low-value medication use ^{12,32-35}	14.4-29.1	
Low-value screening, testing, or procedures ^{14,36,37}	17.2-27.9	75.7-101.2
Overuse of end-of-life care ³⁸	44.1	

La déprescription



Éviter les prescriptions potentiellement inappropriées

Comorbidités	Traitements	Conséquence
Non	Oui	Surtraitement/overuse
Oui	Non	Sous traitement/underuse
Oui	Oui	Traitement adapté Ou mésusage/misuse

Ex de Critères explicites
Liste REMedies ¹
Critères STOPP&START ²
Critères STOPP frail ³
EU(7)-PIM list ⁴

Pour une optimisation efficace, le mieux est de coupler les données des critères explicites à une approche dite implicite (jugement clinique en fonction du contexte du patient)

¹Review of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Roux B et al - Eur J Clin Pharmacol. 2021 Jun 11.

²STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 - Denis O'Mahony et al - Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):625-632.

³STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation – Lavan A et al - Age Ageing. 2017 Jul 1;46(4):600-607.

⁴The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from 7 European countries - Renom-Guiteras et al - Eur J Clin Pharmacol. 2015 Jul;71(7):861-75.

La déprescription



> Drugs Real World Outcomes. 2015;2(4):327-333. doi: 10.1007/s40801-015-0041-6. Epub 2015 Oct 9.

How Drug Use by French Elderly Patients Has Changed During the Last Decade

Jean-François Huon¹, Emile Lenain², Julien LeGuen³, Gilles Chatellier⁴, Brigitte Sabatier⁵, Olivier Saint-Jean³

Années 2000

Les médecins prescriraient trop de médicaments aux seniors selon UFC-Que Choisir

ÉDITORIAL

La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire"

Patrice Queneau

JOURNAL OF
Pharmacy Practice and Research
Official Journal of the Society of Hospital Pharmacists of Australia

Geriatric Therapeutics | Full Access

Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications

Michael C Woodward MBBS, FRACP

LE FIGARO - *fr*
santé

Médecine | Santé Publique | Bien-être | Famille | Sexualité | Psychologie | Nutrition | Médicaments

Les médecins peinent à rayer les prescriptions même si elles deviennent inutiles

Par Camille Van Belle | 14/08/2017 à 16:15 / Publié le 08/08/2017 à 16:14

La déprescription

Processus de retrait d'un médicament inapproprié, supervisé par un professionnel de la santé dans le but de gérer la polymédication et d'améliorer les résultats

(Reeve et al, BJCP 2015)

Cadre en France

- Réglementaire ou conventionnel ?
- En ville ou à l'hôpital ?

Evolution du métier de pharmacien clinicien à l'hôpital : Loi ASAP / Arrêté du 21 février 2023

Permet aux pharmaciens de PUI de **renouveler et adapter les prescriptions des patients**

- ayant bénéficié d'une activité de pharmacie clinique (R. 5126-1)
- traités par un médicament référencé au programme d'actions de l'établissement en matière de BU

Encadrement par un **protocole local** (à partir de protocole national)

- rédigé par la PUI - voté en CME - signé par le DG - déposé à l'ARS
- aborde la liste des actions possibles selon le profil du pharmacien (expertise croissante), les organisations, la formation, la gestion des risques, les indicateurs de suivi, l'information du patient)
- Repose sur 2 niveaux possibles : Direct ou Concerté.

Exemple :

Situation identifiée	Optimisation proposée par le pharmacien	Intervention	Profil 1 (SUPERVISÉ)	Profil 2 (AUTONOME)	Profil 3 (INDEPENDANT)	
Problème lié à la tolérance	Ajout d'un traitement correcteur d'effet indésirable	1. Ajout	RATC	RATD	RATD	Action directe du pharmacien
	Modification d'une prescription à l'origine d'un effet indésirable connu	2. Arrêt	RATC	RATC	RATD	
		3. Substitution /échange**	RATC	RATC	RATD	Action concertée du pharmacien avec le médecin
		7. Adaptation posologique	RATC	RATC	RATD	
Problème lié à l'efficacité thérapeutique	Modification d'une prescription devant une inefficacité thérapeutique	1. Ajout	RATC	RATD	RATD	
		2. Arrêt	RATC	RATD	RATD	
		3. Substitution /échange**	RATC	RATD	RATD	
		7. Adaptation posologique	RATC	RATD	RATD	

En officine

- CSP Article L5125-1-1-A
- **Les pharmaciens d'officine**
 - 2. participent à la coopération entre professionnels de santé
 - 7. peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un **exercice coordonné (...)**. Ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des **traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie.**

Les conventions en lien avec la déprescription

Convention médicale 2024

→ Intéressement à la déprescription des IPP (art 63)

- Dès 1/1/2025
- Patients <65 ans IPP+AINS
- Patients >65 ans IPP>8sem sans justification particulière

→ Consultation longue de déprescription (art 78-1 – GL2)

- Dès 1/1/2026
- 60€/an
- Patients >80 ans avec ≥ 10 lignes de ttt med
- S'appuyant sur un BPM fait par le PO sur prescription du MG (art 61-3)

Convention pharmaceutique 2022

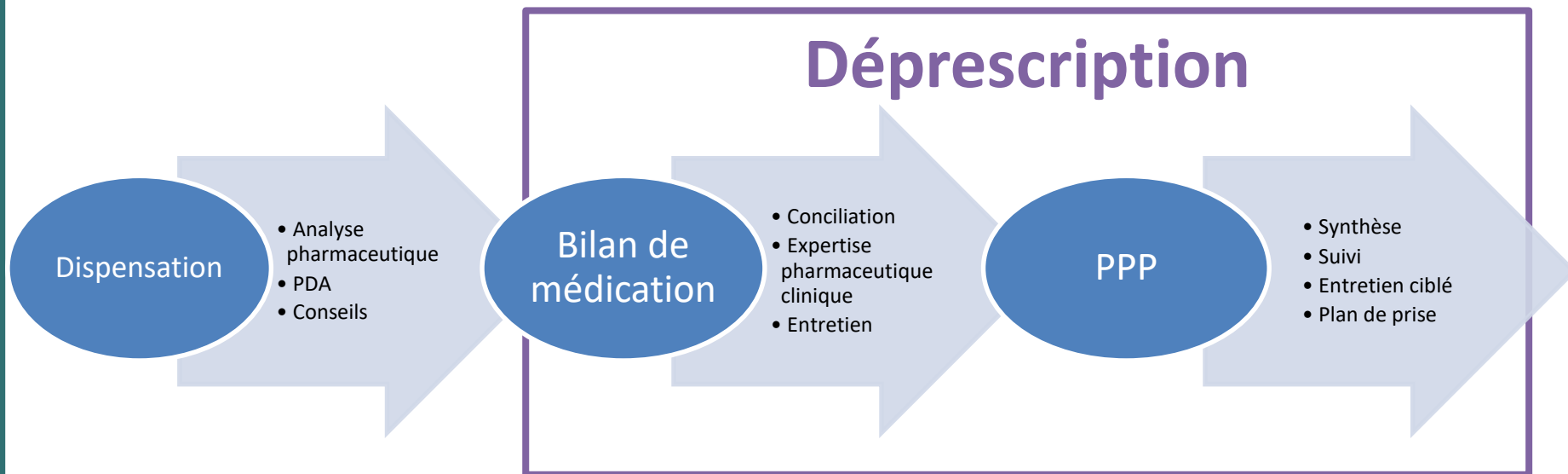
→ Bilan partagé de médication

- Patients >65 ans avec ≥ 5 med différents
 - 1 entretien de recueil
 - analyse (interactions, tolérance, optimisations...) et transmission au MT
 - 1 entretien de suivi
 - 1 entretien d'observance
- 60€ année 1
- 20-30€ années suivantes (selon si changement de traitement ou non)

En pratique



Confidence	Journal	Article Influence ?	Articles
	Research in social & administrative pharmacy : RSAP Medline-indexed	0.4	Show articles
	Basic & clinical pharmacology & toxicology Medline-indexed	0.6	Show articles
	International journal of clinical pharmacy Medline-indexed	0.4	Show articles



Processus de déprescription

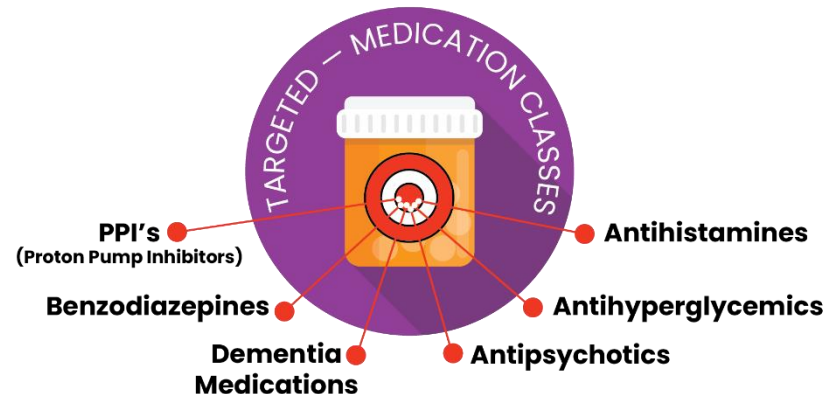
- 
- (1) lister tous les médicaments que le patient prend actuellement et les indications de chacun d'entre eux = BILAN DE MEDICATION
 - (2) prendre en compte le risque global induit par les médicaments chez le patient pour déterminer l'intensité requise de l'intervention de déprescription = PERSONNALISATION
 - (3) évaluer chaque médicament en fonction de sa balance B/R (actuelle ou future) et du fardeau
 - (4) donner la priorité aux médicaments dont le rapport B/R est le plus faible et qui sont le moins susceptibles de provoquer un sd de sevrage ou de rebond = PRIORISATION
 - (5) mettre en œuvre un protocole d'arrêt et surveiller étroitement les patients pour déceler toute amélioration ou l'apparition d'effets indésirables = ACTION

Quels médicaments ?

Table 1. Common Examples of Medications That May No Longer Be Indicated

Medications	Comment
Statins	Consider discontinuing in patients with limited life expectancy (< 5 years) ¹⁴ Check lipid panels; often times elderly patients continue on statin when no longer needed Consider discontinuing in patients with no known cardiac disease ¹⁵
Antihypertensives	Monitor BPs: target BP < 150/90 mm hg for patients aged 60 or older ¹⁵
Bisphosphonates after 5 years	No evidence of effectiveness after 5 years of continuous use ¹⁶
NSAIDs	Intended for short-term use ¹⁷
PPI/H ₂ antagonist	Typically intended for short-term use ¹⁷
Acetaminophen	Typically intended for short-term use ^{18,19}
Ferrous sulfate, folic acid, B ₁₂	Check levels such as iron, B ₁₂ levels, etc, to determine ongoing need ^{18,19}
Laxatives	Review diet, fluid intake, exercise, and medications contributing to constipation ¹⁹ Consider discontinuing docusate sodium, especially if already on other laxatives ¹⁹
Diuretics	Stop if not used for heart failure or hypertension ^{18,19}
Cholinesterase inhibitors and memantine	Discontinue in patients with advanced dementia, weight loss, syncope, falls, bradycardia, GI side effects, or agitation ²⁰
Vitamins	May no longer be indicated in those consuming a well-balanced diet ¹⁸
Antipsychotics	Behaviors may no longer be present; consider safer alternatives ¹⁹
Oral hypoglycemic agents	Avoid long-acting sulfonylureas; target HbA _{1c} < 8% ²¹
Antiemetics	Rarely needed long-term; trial discontinue ¹⁸

Abbreviations: BP, blood pressure; GI, gastrointestinal; HbA_{1c}, hemoglobin A_{1c}; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; PPI, proton pump inhibitor.



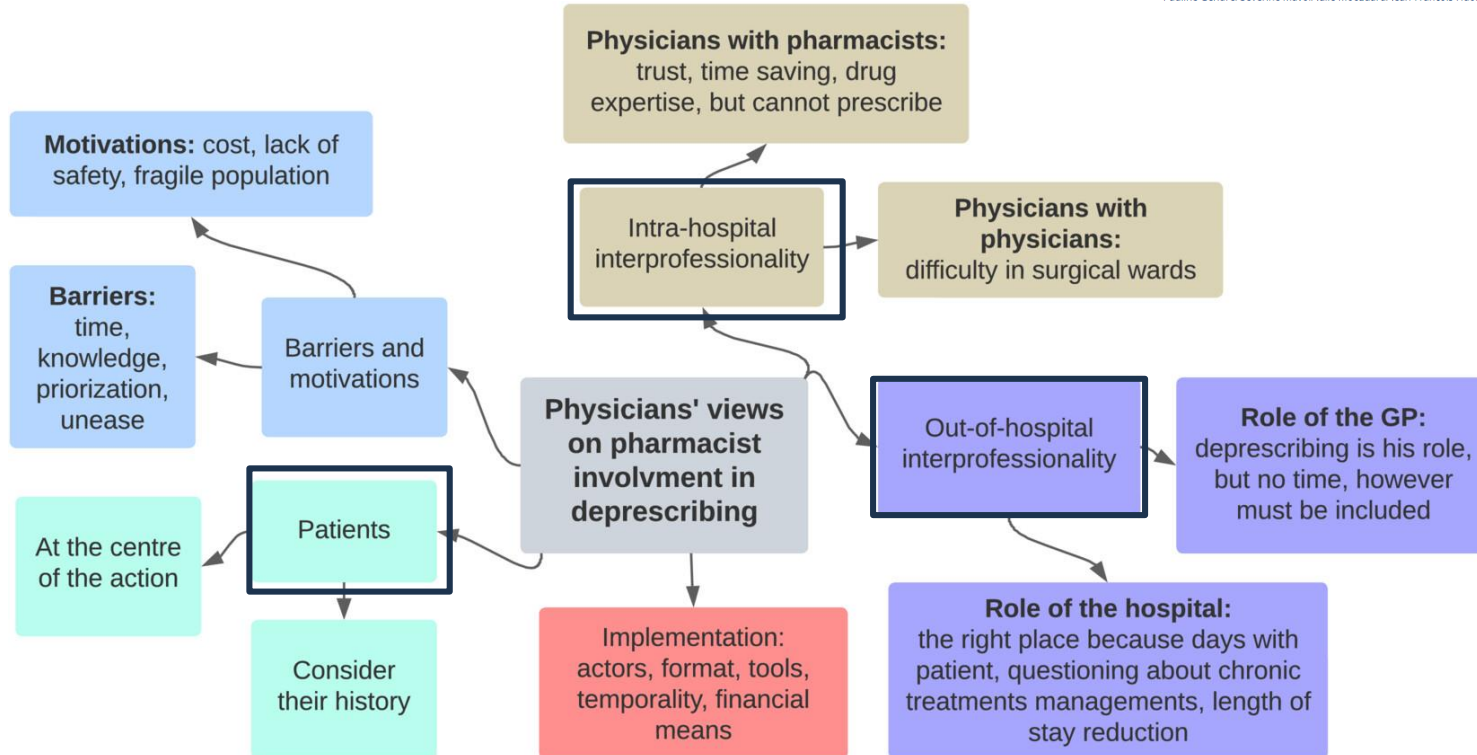
Comment on fait ?

BCPT
Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology

ORIGINAL ARTICLE | [Open Access](#) | CC BY-NC-ND

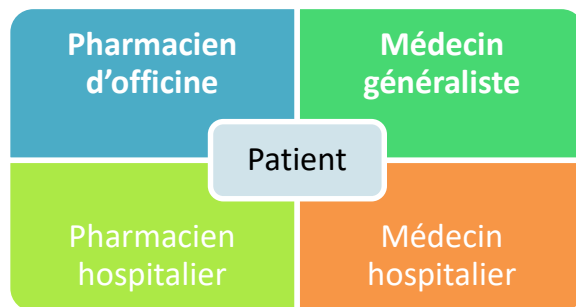
Physicians' views on pharmacists' involvement in hospital deprescribing: A qualitative study on proton pump inhibitors

Pauline Gendre, Severine Mavol, Iulie Mocquard, Jean-Francois Huon



On met tout le monde autour de la table

« Aucune profession ne peut fournir à elle seule une gamme complète de soins » - OMS



Avec le patient :

Aborder les risques est la meilleure méthode pour engager la conversation

Effets indésirables

Polymédication

Balance B/R défavorable

3/4 des patients sont prêts à s'engager
si leur médecin est d'accord*

Décision et
initiation à
l'hôpital



Information et
suivi en ville

Si pas fait : reprise du traitement par le MT, sd de sevrage non diagnostiqué...

* Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, Bonner C, Doust J, Colvin J, Heaney A, Turner R, McCaffery K. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. BMJ. 2016 Jun 3;353:i2893. doi: 10.1136/bmj.i2893.

Outils



deprescribing.org

À PROPOS

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESCRIPTION?

RECHERCHE

RESSOURCES

NOUVELLES

IMPLIQUEZ-VOUS

Antihyperglycémiant



Antipsychotiques



Agonistes des récepteurs de benzodiazépines



Inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine



Dans cette section

**Algorithmes pour la
déprescription**

Dépliants d'information sur la
déprescription

Études de cas et témoignages

Foire aux questions

Liens utiles

Liste de ressources en lien avec
le symposium sur les lignes
directrices pour la déprescription

Publications

Webinaires sur la déprescription

Outils



deprescribing.org

À PROPOS

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESCRIPTION?

RECHERCHE

RESSOURCES

NOUVELLES

IMPLIQUEZ-VOUS

Inhibiteurs de pompe à protons (IPP)

Les inhibiteurs de pompe à protons (IPP) sont une classe de médicaments utilisés pour traiter les brûlures d'estomac, le reflux gastro-œsophagien et les ulcères gastriques. Les IPP réduisent la production d'acide en bloquant les enzymes dans la paroi stomacale qui produit l'acide.

- [Lignes directrices pour la déprescription des inhibiteurs de pompe à protons fondées sur les données probantes](#) (publié par le Médecin de famille canadien)
- [Algorithme de déprescription des inhibiteurs de pompe à protons](#)
- [Dépliant sur la déprescription d'inhibiteurs de la pompe à protons](#)
- [Les infographies de la déprescription d'inhibiteurs de la pompe à protons](#)
- [Vidéo animé sur l'utilisation de l'algorithme de description de l'inhibiteur de la pompe à protons](#)
- [Cliquez ici](#) pour évaluer le vidéo si vous êtes fournisseur de soin en santé ou personnel de soins de santé de première ligne.
- [Cliquez ici](#) si vous êtes un patient ou un consommateur de soins de santé.
- [Cliquez ici](#) si vous êtes soignant familial (p. ex. enfant, époux).

Dans cette section

Algorithmes pour la déprescription

[Dépliants d'information sur la déprescription](#)

[Études de cas et témoignages](#)

[Foire aux questions](#)

[Liens utiles](#)

[Liste de ressources en lien avec le symposium sur les lignes directrices pour la déprescription](#)

[Publications](#)

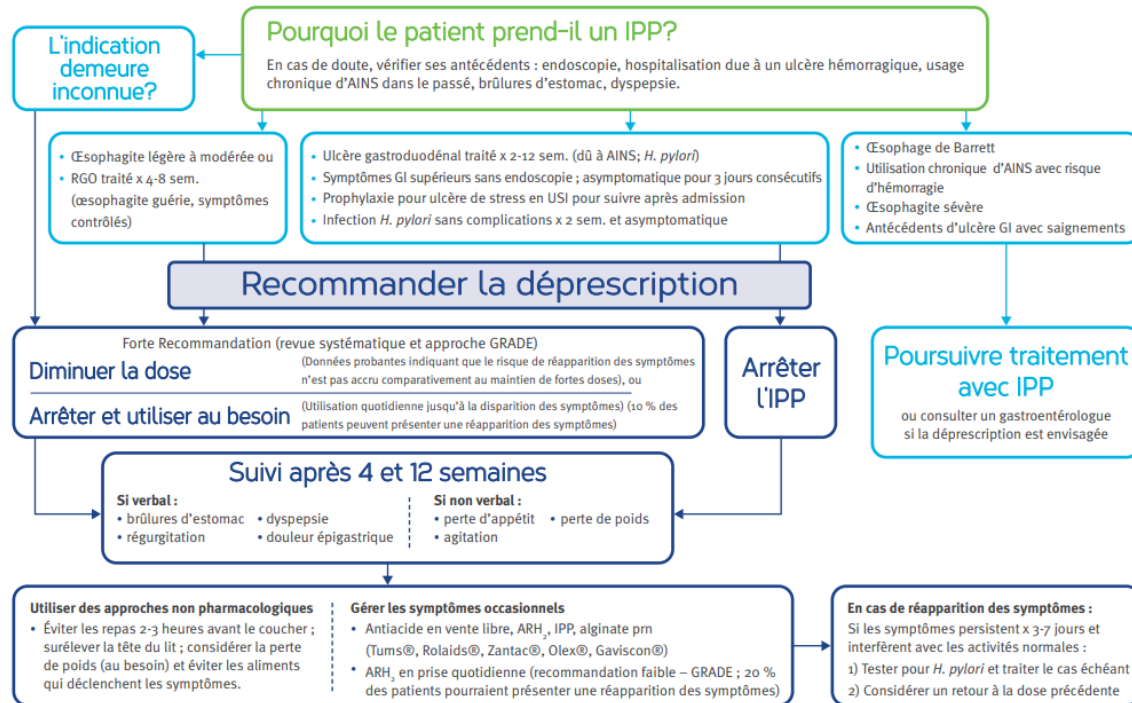
[Webinaires sur la déprescription](#)

Août 2018



deprescribing.org

Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)



© 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 (fr).

deprescribing.org

RESEUT DE RECHERCHE

Bruyère

open
OPEN ACCESS
RECHERCHE EN TENDANCE



deprescribing.org

Déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) - Notes

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

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

* Dose standard d'IPP à prise BID seulement indiqué pour le traitement de l'ulcère peptique causé par *H. pylori*; 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).

Acronymes

RGO : reflux gastro-oesophagien

AHR₁ : Antagoniste du récepteur H₁

GRADE : Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

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 Commercial-ShareAlike 4.0.
Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Fairrell 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 (fr).



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTEopen
ONTARIO PHARMACY
EVIDENCE NETWORK



deprescribing.org

Un inhibiteur de la pompe à protons est-il toujours nécessaire?

Septembre 2016

Que surveiller après la réduction de la dose d'un inhibiteur de la pompe à protons?

Une fois que la dose de l'IPP est réduite ou que l'IPP soit arrêté avec l'aide d'un médecin, d'une infirmière praticienne ou d'un pharmacien, il est important de vérifier ou de signaler la présence des signes suivants :

- Brûlures d'estomac
- Reflux
- Maux d'estomac

Si le patient ne peut pas parler, vérifier et signaler la présence des signes suivants :

- Perte d'appétit
- Perte de poids
- Agitation

Autres façons de diminuer les brûlures d'estomac, le reflux ou les maux d'estomac

Modifications du style de vie :

- Éviter les déclencheurs (ex. café, alcool, aliments épicés, chocolat)
- Éviter de manger 2-3 heures avant le coucher
- Surélever la tête du lit
- Perdre du poids

Gérer les brûlures d'estomac occasionnelles avec des médicaments en vente libre, comme :

- Tums®
- Roloids®
- Zantac®
- Olex®
- Gaviscon®

Que faire si les problèmes d'estomac persistent?

Si les brûlures d'estomac, le reflux ou les maux d'estomac sont toujours présents 3-7 jours après la réduction de dose ou l'arrêt de l'IPP et interfèrent avec les activités normales, veuillez en parler à un médecin, à une infirmière praticienne ou à un pharmacien. Ils peuvent vous aider à décider de revenir à la dose antérieure d'IPP ou d'utiliser l'IPP « sur demande » (tous les jours jusqu'à la disparition des symptômes). Ils peuvent aussi vous suggérer un test pour le dépistage d'une infection traitable, appelée infection à H. pylori.

Stratégie personnalisée de la diminution de la dose d'IPP :

Ce feuillet accompagne des lignes directrices et un algorithme de déprescription qui peuvent être utilisés par les médecins, les infirmières praticiennes ou les pharmaciens pour guider la déprescription.

Visitez
deprescribing.org/fr/
pour de plus amples renseignements.

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



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

Farnell B, Pottier K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FI, 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 (angl), e253-65 (fr).



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE

Bruyère

RESEARCH INSTITUTE

open

UNIVERSITY OF OTTAWA

Ordonnance de déprescription

→ matérialise l'échange et le choix d'opter pour une déprescription

- Une **explication écrite pour le patient**, ce qui peut faciliter sa compréhension de la démarche
- Un support conçu pour **faciliter la transmission** d'informations avec les autres professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers)
- Une opportunité pour optimiser les messages délivrés par différents acteurs auprès du patient

The diagram illustrates the 'Ordonnance de déprescription' form and its associated 'Carte de suivi d'une déprescription'.

Ordonnance de déprescription

Date : _____

Renseignements :

Professionnel de santé : _____

Nom du patient : _____

Déprescription :

Médicament à déprescrire : _____

Explications : _____

Préconisations et conseils complémentaires associés à la démarche : _____

Prescription :

Liste des médicaments prescrits : se référer à l'ordonnance réalisée en date du _____

Suivi : _____

Signature du professionnel de santé : _____

Carte de suivi d'une déprescription

Mon suivi suite à la déprescription d'un médicament

Nom / prénom : _____

Médecin traitant : _____

Depuis le _____ (date), le médicament _____ (nom) ne m'est plus prescrit.

Cette décision médicale a été prise par un professionnel de santé en accord avec mes besoins : _____ (raison)

Outils à destination des patients



deprescribing.org

À PROPOS

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESCRIPTION?

RECHERCHE

RESSOURCES

NOUVELLES

IMPLIQUEZ-VOUS

Les dépliants sur la déprescription

Infographies des lignes directrices pour la déprescription

Les brochures EMPOWER

Les brochures EMPOWER sont des documents d'informations qui expliquent pourquoi il peut être important d'arrêter la prise de certains médicaments. Elles présentent aussi, dans certains cas où cela est nécessaire, un protocole de réduction par étapes.

- Brochure sur les sédatifs-hypnotiques
- Brochure sur les inhibiteurs de la pompe à protons
- Brochure sur les sulfonylurées
- Brochure sur les antipsychotiques
- Brochure sur les antihistaminiques
- Brochure sur les opioïdes/narcotiques

Recommandations non pharmacologiques

Dans cette section

Algorithmes pour la
déprescription

Dépliants d'information sur la
déprescription

Études de cas et témoignages

Foire aux questions

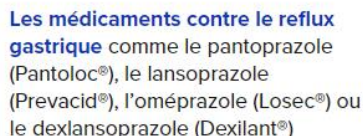
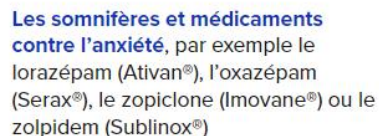
Liens utiles

Liste de ressources en lien avec
le symposium sur les lignes
directrices pour la déprescription

Publications

Webinaires sur la déprescription

Ces brochures ont été créées pour informer le public des risques de certains médicaments. Cliquez sur les liens ci-dessous pour visionner les brochures et les imprimer.



Exemple de brochure patient : BZD



Vous êtes à risque
Vous prenez un sédatif-hypnotique

Sédatifs-hypnotiques

☐ Alprazolam (Xanax®) ☐ Diazepam (Valium®) ☐ Quazepam (Restoril®)
☐ Bromazepam (Lectopam®) ☐ Estazolam ☐ Temazepam (Restoril®)
☐ Clonazepam ☐ Flurazepam ☐ Triazolam (Halcion®)
☐ Chlordiazépoxide- ☐ Loprazolam ☐ Eszopiclone (Lunesta®)
 amipryline ☐ Lorazepam (Ativan®)
☐ Clidinium-chlordiazépoxide ☐ Lormetazepam ☐ Zolpidem (Ambien®)
☐ Clobazam ☐ Nitrazepam ☐ Intermezzo® (Ediuan®)
☐ Clonazepam (Rivotril®, ☐ Oxazepam (Serax®) ☐ Sulfinox®, Zolpimist®)
 Klonopril®) ☐ Zopiclone (Imovane®, Rhovent®)

CHR IESC IUGM Centre de soins de santé mentale de Vannes Centre de soins de santé mentale de Vannes

QUIZ

Médicaments sédatifs-hypnotiques

1. Ce médicament est un tranquillisant prescrit couramment qu'on peut prendre en toute sécurité pour une longue période de temps. ☐ VRAI ☐ FAUX
2. La dose que je prends ne me cause aucun effet indésirable. ☐ VRAI ☐ FAUX
3. Sans ce médicament, je ne pourrais pas dormir ou je me sentrais trop anxieux. ☐ VRAI ☐ FAUX
4. Ce médicament est la meilleure option. ☐ VRAI ☐ FAUX



«J'ai 65 ans et je prenais du lorazépam depuis plus de 10 ans. Il y a quelques mois, je suis tombée en pleine nuit en allant à la toilette. J'ai été vraiment chanceuse – pas de fractures, que des bleus. J'ai lu que le lorazépam pouvait être la cause de chutes. Je ne savais pas si je pouvais me passer de ce médicament pour dormir, car j'avais encore de la difficulté à m'endormir ou je me réveillais parfois la nuit.

Mon médecin m'a dit qu'à mon âge, six heures de sommeil par nuit était probablement suffisant. J'ai donc décidé de réduire graduellement ma dose de lorazépam. J'en ai parlé avec mon pharmacien qui m'a proposé un programme de sevrage par étapes, comme sur la page suivante.

J'ai aussi adopté de nouvelles habitudes de sommeil. Je ne lis plus au lit et je ne fais plus d'exercices avant de me coucher. Je me lève tous les jours à la même heure, que j'aie une bonne nuit de sommeil ou non.

J'ai réussi à cesser de prendre le lorazépam. Je me rends compte que je n'ai pas vécu pleinement ces 10 dernières années. Cesser le lorazépam a levé un voile sur une vie que je vivais à moitié endormie. J'ai plus d'énergie et mon humeur est plus stable. Je suis plus alerte. Il m'arrive encore d'avoir de la difficulté à m'endormir, mais au moins je me lève le matin sans me sentir somnolente. Je suis fière de ma décision. Si je l'ai fait, vous le pouvez aussi!»

Le saviez-vous ?



Votre sédatif-hypnotique peut engendrer une forte dépendance et causer de multiples effets secondaires. Sauf quelques exceptions, vous ne devriez pas prendre de sédatif-hypnotique.



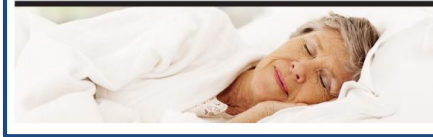
Ce médicament persiste plus longtemps dans le corps en vieillissant. Il peut vous causer de la fatigue, de la somnolence, de la faiblesse et même causer des chutes ou des pertes d'équilibre.



Votre sédatif-hypnotique peut causer des fractures de la hanche, des problèmes de mémoire et de causer de la somnolence en conduisant votre voiture. Même ces effets secondaires, planifiez avec votre pharmacien, votre médecin ou votre famille des traitements plus sécuritaires.

D'autres moyens pour vous aider à dormir

- Se lever à la même heure chaque matin et se coucher à la même heure tous les soirs.
- Pratiquer des exercices de méditation ou de relaxation avant d'aller au lit.
- Faire de l'activité physique pendant la journée (ne pas vous exercer au cours des trois heures avant le coucher).
- Lire ou regarder la télévision sur une chaise ou sur votre canapé, plutôt que dans votre lit.
- Éviter de consommer des stimulants avant de dormir. La nicotine, l'alcool et la caféine sont des stimulants.
- Utilisez un journal du sommeil pour vous aider à comprendre ce qui perturbe votre sommeil. Votre médecin ou votre infirmière peut peut-être vous donner un journal de sommeil, ou vous pouvez en trouver un dans notre brochure **Comment obtenir une bonne nuit de sommeil sans médicament** : www.criugm.qc.ca/fichier/pdf/Brochure_sommeil.pdf
- Consultez le site web Sleepwell (mysleepwell.ca) ; disponible en anglais seulement) qui offre des stratégies pour améliorer le sommeil.



PROGRAMME DE SEVRAGE

Assurez-vous de parler à votre médecin, infirmière ou pharmacien avant d'essayer de réduire votre dose ou d'arrêter votre médicament.

SEMAINES	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	
1 et 2	●	●	●	●	●	●	●	
3 et 4	●	●	●	●	●	●	●	
5 et 6	●	●	●	●	●	●	●	
7 et 8	●	●	●	●	●	●	●	
9 et 10	●	●	●	●	●	●	●	
11 et 12	●	●	●	●	●	●	●	
13 et 14	●	●	●	●	●	●	●	
15 et 16	×	×	×	×	×	×	×	
17 et 18	×	×	×	×	×	×	×	

Légende

● Pleine dose ● La moitié de la dose ● Le quart de la dose × Aucune dose

Philippe Martin, PhD; Robyn Tamblyn, PhD; Andrea Benedetti, PhD; Sara Ahmed, PhD; Cara Tannenbaum, MD, MSc



Brochure patient



Opinion
pharmaceutique

[illegible]

Arrêt benzodiazépine, 6 mois:

- EMPOWER: 27 % vs 5 %
groupe contrôle
- D-PRESCRIBE: 43 % vs 9 %
groupe contrôle

Pour déprescrire, il faut :

Se sentir à l'aise

Formation (FI et FC) +++

Confiance en soi

Engager les professionnels et les patients

→ Outils

En conclusion

« Et si la déprescription était la solution ? »

- C'est UNE des nombreuses solutions
- Sur laquelle en tant que pharmacien on a la main
 - Dans l'intérêt du patient +++
... et de l'environnement !

Let's go!



L'APHO'RSE

Responsabilité sociétale et environnementale en PUI :
Innovation managériale
Innovation technologique
Démarche qualité & Bon usage

Merci de votre attention