

Dé-prescription: aspects pratiques IPP et BZD

Jeudi après-midi de formation de médecine interne

Jeudi 5 octobre 2023

Pr. Pierre-Auguste Petignat, médecin chef du service de MIG, CHVR

Plan

- Introduction, définitions 03
- IPP 04
 - ✓ Programme de réduction 13
- Croyance autour des benzodiazépines 14
- Déprescription des BZD 15
 - ✓ Programme de sevrage des BZD 30
- Testez vos connaissances 31
- Messages clés 36

Polypharmacy and Deprescribing

JAMA August 15, 2023

Polypharmacy is the excessive or unnecessary use of medications.

Deprescribing is the process of decreasing or stopping medications that are no longer needed or may be causing harm. Deprescribing

- ✓ Plus commun chez les seniors car ont tendance à avoir plus de problèmes médicaux et donc prennent plus de médicaments que les jeunes
- ✓ Conséquences néfastes :
 - Effets secondaires (nausées, confusion, hémorragies)
 - Diminution de la mobilité et chutes plus fréquentes
 - Non adhérence thérapeutique (prescription non suivie)
 - Interactions médicam. (un médicament change les effets d'un autre)
 - Augmente consommation de soins (+visites, +urgences, +hospital.)
- ✓ Moyens d'éviter la polypharmacie
 - Refaire la liste des médicaments à chaque visite
 - Discuter des nouveaux médicaments avant de les commencer
 - Pour chaque nouveau médicament : durée et effets secondaires
 - Utiliser une pharmacie (contrôle supplément. du pharmacien)
 - Discuter du bénéfice potentiel de «déprescrire»

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.

Deprescribing proton pump inhibitors

Reprinted from AJGP Vol. 51, No. 11, November 2022
© The Royal Australian College of General Practitioners 2022



- ✓ Les IPP sont généralement bien tolérés
- ✓ L'utilisation au-delà de huit semaines est rarement indiqué et augmente le risque d'événements indésirables.
- ✓ La dé-prescription des IPP devrait être envisagé lorsqu'il n'y a aucune indication pour une thérapie à long terme.

- ✓ L'arrêt des IPP peut entraîner à court terme un rebond d'hypersécrétion acide qui peut imiter le retour des symptômes
- ✓ Une approche des IPP centrée sur le patient impliquant une diminution de la dose avant d'arrêter
- ✓ Les prescripteurs devraient discuter de la justification des IPP et impliquer les patients dans l'élaboration du plan de dé-prescription

Box 1. Recommendations for long-term (>8 weeks) and short-term (≤8 weeks) proton pump inhibitor treatment¹¹

Long-term use (>8 weeks)

- Barrett's oesophagus
- Zollinger-Ellison syndrome
- Clinically significant severe erosive oesophagitis (LA grade C/D)
- Peptic strictures
- Oesophageal scleroderma
- Eosinophilic oesophagitis
- Gastroprotection from NSAIDs or aspirin in patients at high risk of GI bleed*
- Prevention of pulmonary fibrosis progression

Short-term indications (≤8 weeks)

- *Helicobacter pylori* eradication
- Treatment of aspirin or NSAID-related gastric and duodenal ulcers in patients at low risk
- GORD
- Dyspepsia

Box 2. Proton pump inhibitor (PPI) availability

Initial therapy, high-dose PPIs:

- Esomeprazole 20 mg, 40 mg
- Lansoprazole 30 mg
- Omeprazole 20 mg
- Pantoprazole 40 mg
- Rabeprazole 20 mg

Maintenance therapy, low-dose PPIs:

- Lansoprazole 15 mg
- Omeprazole 10 mg
- Pantoprazole 20 mg
- Rabeprazole 10 mg

Deprescribing proton pump inhibitors

Reprinted from AJGP Vol. 51, No. 11, November 2022

© The Royal Australian College of General Practitioners 2022



Box 3. Resources to support proton pump inhibitor (PPI) deprescribing

Patient resources

- Patient educational brochures, www.deprescribingnetwork.ca/s/Stomach-pills-for-acid-reflux_PPIs.pdf
- Patient decision aid, <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-patient-decision-aids>
- PPI deprescribing pamphlet, https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/08/Deprescribing-Pamphlet_PPI_ENG_CFP.pdf
- NPS MedicineWise PPI patient action plan, www.nps.org.au/assets/50240b737233cd47-a615f8d13d0c-NPS1993_SSDSM_PAP_v5.1.pdf

Healthcare provider resources

- Canadian deprescribing algorithm and guideline, <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms>
- NPS MedicineWise – Reviewing proton pump inhibitors (PPIs) for gastro-oesophageal reflux disease (GORD), www.nps.org.au/assets/NPS2357_Reviewing_PPIs_Algorithm_v3_FINAL.pdf
- NPS MedicineWise – Managing GORD with PPIs in primary care, www.nps.org.au/professionals/managing-gord-with-ppis-in-primary-care#insights
- Four-minute whiteboard video on PPI deprescribing for general practitioners, www.deprescribingnetwork.ca/deprescribing-ppis
- Tasmanian deprescribing guide, www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Proton-Pump-Inhibitors-2019.pdf
- Choosing Wisely Canada toolkit (Bye Bye PPI), <https://choosingwiselycanada.org/toolkit/bye-bye-ppi>



Do I still need this medication?

You are currently taking a proton pump inhibitor (PPI):

- Dexlansoprazole (Dexilant®)
- Esomeprazole (Nexium®)
- Omeprazole (Losec®, Olex®)
- Lansoprazole (Prevacid®, Prevacid Fast Tab®)
- Pantoprazole sodium (Pantoloc®, Panto IV®)
- Pantoprazole magnesium (Tecta®)
- Rabeprazole (Pariet®)

* Generic brands often start with the words: APO, Novo, Pms, Ratio, Sanis, Teva



La Chaire pharmaceutique Michel Saucier en santé et vieillissement



QUIZ

Proton pump inhibitors (PPI)

1. PPIs are sometimes prescribed for heartburn and acid reflux. TRUE FALSE
2. More than half of all people taking PPIs probably do not need them. TRUE FALSE
3. There are no risks involved in taking PPIs for a long time. TRUE FALSE
4. PPIs are the best option to treat occasional heartburn. TRUE FALSE



1. Les IPP sont parfois prescrits pour brûlures d'estomac et reflux acide. **Vrai / Faux**
2. Plus de la moitié des personnes prenant des IPP n'en ont probablement pas besoin. **V / F**
3. Il n'y a aucun risque à prendre des IPP longtemps. **V / F**
4. Les IPP sont la meilleure option pour traiter brûlures d'estomac occasionnelles. **V / F**

1. **VRAI** Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont parfois prescrits pour traiter les brûlures d'estomac et le reflux acide. Les IPP réduisent la production d'acide dans l'estomac. L'estomac produit de l'acide pour aider à décomposer les aliments, mais parfois l'acide peut remonter dans la gorge et provoquer un inconfort, une douleur ou une brûlure.
2. **VRAI** Pour traiter les brûlures d'estomac occasionnelles, il est recommandé de prendre des antiacides selon les besoins. Si votre état de santé nécessite que vous preniez un IPP, votre médecin doit vous prescrire la dose la plus faible pendant la durée la plus courte possible. La page suivante répertorie les raisons pour lesquelles les IPP devraient être poursuivis ou arrêtés.
3. **FAUX** La prise d'un IPP pendant plus de 4 à 12 semaines a été associée à :
 - Un risque plus élevé de fractures de la hanche
 - Pneumonie
 - Une infection par la bactérie Clostridium difficile, pouvant entraîner diarrhée sévère, fièvre et, dans de rares cas, décès
 - Un risque plus élevé de problèmes rénaux
 - Rares cas de carence en vitamine B12 ou en magnésium
4. **FAUX** Les IPP sont des médicaments puissants. Si vous avez des brûlures d'estomac de temps en temps, vous n'avez probablement pas besoin d'un IPP. Les antiacides en vente libre devraient suffire. Vous pouvez soulager les brûlures d'estomac sans médicaments. Cette brochure explique comment.

European Journal of Clinical Pharmacology (2021) 77:1927–1933
<https://doi.org/10.1007/s00228-021-03186-x>

PHARMACOEPIDEMOLOGY AND PRESCRIPTION

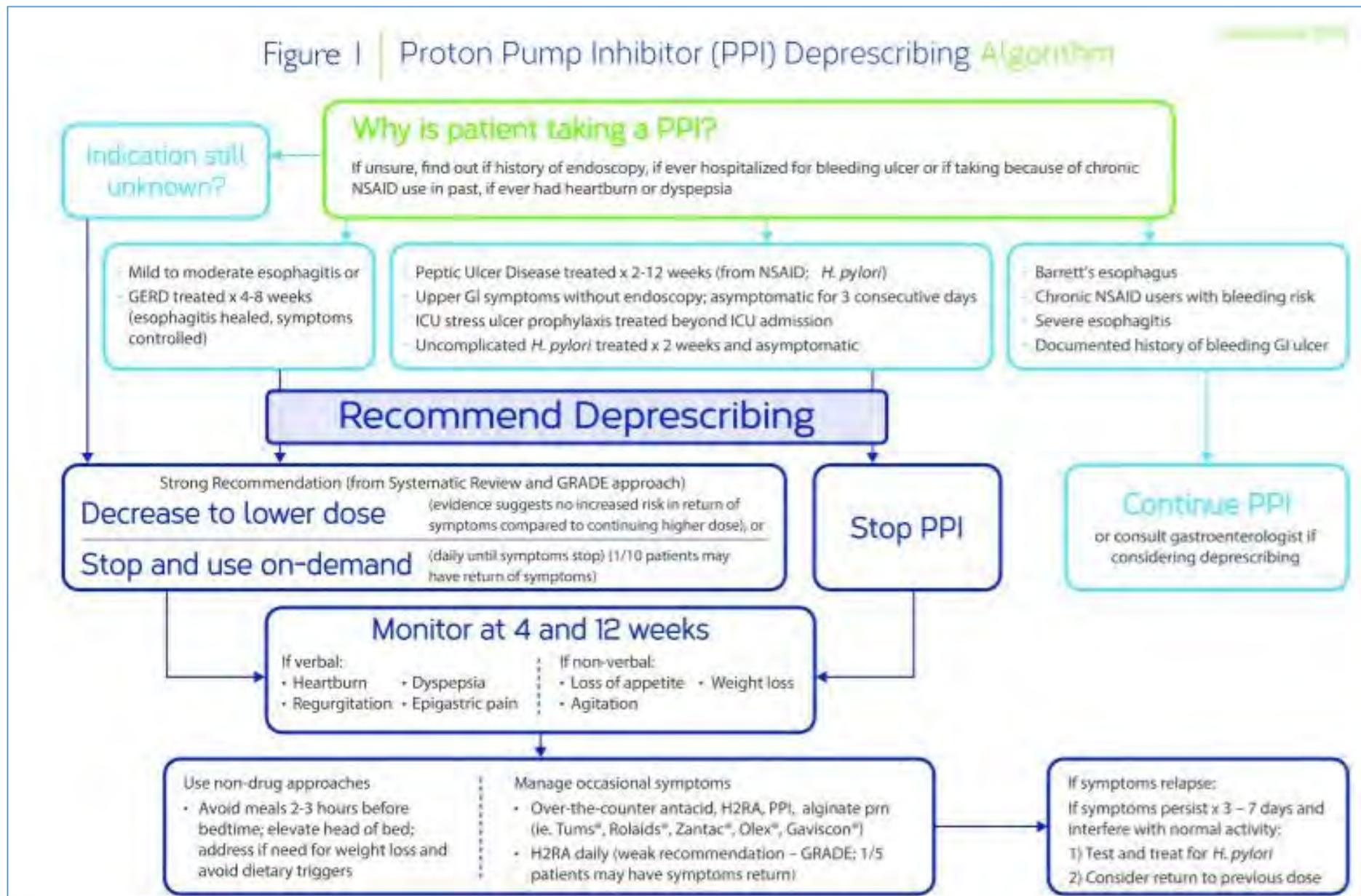
Successful deprescribing of proton pump inhibitors with a patient-centered process: the DESPIBP Project

Lamuela L. J. Calvo¹ · P. García Cámara¹ · M. Llorente Barrio¹ · O. Sierra Gabarda^{1,2} · R. Monzón Baez¹ · J. M. Arbonés Mainar^{2,3} · J. Alcedo González^{1,2} · V. Bernal Monterde^{1,2}

- ✓ Etude prospective incluant des patients hospitalisés consécutivement dans un service de gastro-entérologie avec une utilisation chronique d'IPP pour évaluer l'applicabilité d'un algorithme de dé-prescription
- ✓ Un suivi a été effectué à 4, 12 et 24 semaines.

Gastroenterology Department,
Miguel Servet University Hospital,
Zaragoza, Spain

Figure 1 | Proton Pump Inhibitor (PPI) Deprescribing Algorithm





PPI Availability

| PPI | Standard dose (healing) (once daily)* | Low dose (maintenance) (once daily) |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Omeprazole (Losec [®]) - Capsule | 20 mg [†] | 10 mg [†] |
| Esomeprazole (Nexium [®]) - Tablet | 20 [‡] or 40 [‡] mg | 20 mg |
| Lansoprazole (Prevacid [®]) - Capsule | 30 mg [†] | 15 mg [†] |
| Dexlansoprazole (Dexilant [®]) - Tablet | 30 [‡] or 60 [‡] mg | 30 mg |
| Pantoprazole (Tecta [®] , Pantoloc [®]) - Tablet | 40 mg | 20 mg |
| Rabeprazole (Pariet [®]) - Tablet | 20 mg | 10 mg |

Legend

- a Non-erosive reflux disease
- b Reflux esophagitis
- c Symptomatic non-erosive gastroesophageal reflux disease
- d Healing of erosive esophagitis
- + Can be sprinkled on food

* Standard dose PPI taken BID only indicated in treatment of peptic ulcer caused by *H. pylori*; PPI should generally be stopped once eradication therapy is complete unless risk factors warrant continuing PPI (see guideline for details)

Key

- GERD = gastroesophageal reflux disease
- NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drugs
- H2RA = H2 receptor antagonist

- SR = systematic review
- GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Engaging patients and caregivers

Patients and/or caregivers may be more likely to engage if they understand the rationale for deprescribing (risk not be necessary), and the depri

PPI side effects

- When an ongoing indicatio
- PPIs are associated with hig
- Common side effects inclu

PPI side effects

- When an ongoing indication is unclear, the risk of side effects may outweigh the chance of benefit
- PPIs are associated with higher risk of fractures, *C. difficile* infections and diarrhea, community-acquired pneumonia, vitamin B12 deficiency and hypomagnesemia
- Common side effects include headache, nausea, diarrhea and rash

Tapering doses

- No evidence that one taper
- Lowering the PPI dose (for halving the dose, or taking using it on-demand are eq
- Choose what is most conve

Tapering doses

- No evidence that one tapering approach is better than another
- Lowering the PPI dose (for example, from twice daily to once daily, or halving the dose, or taking every second day) OR stopping the PPI and using it on-demand are equally recommended strong options
- Choose what is most convenient and acceptable to the patient

On-demand definition

Daily intake of a PPI for a period sufficient to achieve resolution of the individual's reflux-related symptoms; following symptom resolution, the medication is discontinued until the individual's symptoms recur, at which point, medication is again taken daily until the symptoms resolve



Successful deprescribing of proton pump inhibitors with a patient-centered process: the DESPIBP Project

Lamuela L. J. Calvo¹ · P. García Cámara¹ · M. Llorente Barrio¹ · O. Sierra Gabarda^{1,2} · R. Monzón Baez¹ · J. M. Arbonés Mainar^{2,3} · J. Alcedo González^{1,2} · V. Bernal Monterde^{1,2}

Gastroenterology Department,
Miguel Servet University Hospital,
Zaragoza, Spain

✓ Résultats

- ✓ 513 (44,22 %) des 1 160 personnes utilisaient des IPP de façon chronique ;
- ✓ 371 répondaient aux critères d'inclusion et ont été évalués :
 - ❖ 285 (76,82 %) avec prescription appropriée
 - ❖ 86 (23,18%) avec prescription inappropriée, (52,30%) en raison de la polypharmacie.
- ✓ 75 patients ont accepté le processus de dé-prescription.
 - ❖ 61 patients (81,33 %) ont maintenu leur dé-prescription à la semaine 4,
 - ❖ 56 (74,66 %) à la semaine 12
 - ❖ 54 (72,00 %) à la semaine 24.
- ✓ Aucune différence n'a été constatée entre le groupe de dé-prescription réussie et celui qui a échoué, en termes de sexe ($p = 0,877$), d'âge ($p = 0,635$), d'indication IPP ($p = 0,663$), ou régime de dé-prescription ($p = 0,805$).
- ✓ Aucun patient n'a présenté d'événement indésirable imputable à la dé-prescription.

Successful deprescribing of proton pump inhibitors with a patient-centered process: the DESPIBP Project

Lamuela L. J. Calvo¹ · P. García Cámara¹ · M. Llorente Barrio¹ · O. Sierra Gabarda^{1,2} · R. Monzón Baez¹ · J. M. Arbonés Mainar^{2,3} · J. Alcedo González^{1,2} · V. Bernal Monterde^{1,2}

Gastroenterology Department,
Miguel Servet University Hospital,
Zaragoza, Spain

Conclusions

1. Il existe une forte indication inappropriée des IPP chez les patients admis dans leur service de gastro-entérologie.
2. L'application d'un algorithme de dé-prescription centré sur le patient est une stratégie sûre et efficace pour réduire leur consommation inappropriée.
consommation à moyen terme

TAPERING-OFF PROGRAM

If you have been taking PPIs for a while, your stomach is probably used to their effect. For some people, suddenly stopping PPIs can lead to rebound acidity and worsening symptoms for a couple of weeks. To minimise these symptoms, it is recommended to slowly taper PPIs over four weeks prior to stopping.

There are 3 approaches that are equally effective in preventing symptom return when you stop your PPI:

1. One approach is to ask your physician to write a new prescription for only half the dose and take this for four weeks, then stop.
2. Alternatively, you can simply skip a pill every second day for four weeks, then stop.

| WEEKS | TAPERING SCHEDULE | | | | | | | ✓ |
|-------|-------------------|----|----|----|----|----|----|---|
| | MO | TU | WE | TH | FR | SA | SU | |
| 1 | | ● | | ● | | ● | | |
| 2 | ● | | ● | | ● | | ● | |
| 3 | | ● | | ● | | ● | | |
| 4 | ● | | ● | | ● | | ● | |

3. Or, you can use your PPI or alternatives such as ranitidine (Zantac®) or antacids including Tums®, Rolaids® or Maalox® to keep control of your symptoms, only when needed.

In order to select the best option for you, make sure you discuss this with your doctor, nurse or pharmacist.

Il existe 3 approches tout aussi efficaces pour prévenir les symptômes reviennent lorsque vous arrêtez votre IPP

1. Une approche consiste à demander à votre médecin de rédiger une nouvelle ordonnance pour seulement la **moitié de la dose** et de la prendre pendant quatre semaines, puis d'arrêter.
2. Alternativement, vous pouvez simplement sauter **une pilule tous les deux jours** pendant quatre semaines, puis arrêter.
3. Vous pouvez également utiliser votre IPP ou des alternatives telles que la ranitidine (Zantac®) ou des antiacides, notamment Alucol®, Rennie® ou Riopan®, pour garder le contrôle de vos symptômes, **seulement lorsque cela est nécessaire**.

Croyance autour de la prescription des BZD

Du bon usage des benzodiazépines? Barbara Broers

Point de vue du médecin

- Pas d'autres moyens ...
- **Pire : une BZD ou un verre d'alcool ?**
- Moi aussi je prends un Stilnox dans l'avion !
- Il ira en tous cas demander ailleurs ...
- Je perdrai le lien avec mon patient ...

Point de vue du patient

- Je suis mal, j'en ai besoin
- Je connais tellement de gens qui en prennent
- J'arrêterai mais plus tard ...
- Il n'y a rien d'autre qui me calme
- **Si le médecin me les prescrit, c'est que c'est bon pour ma santé**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé

Octobre 2007

OBJECTIF

Proposer des stratégies pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés à l'ensemble des médecins amenés à renouveler une prescription de ces médicaments chez un patient âgé de plus de 65 ans



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ÉLABORATION

Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

A la différence de la stratégie documentaire retenue en 2007, la stratégie documentaire (voir détail en annexe) a porté sur l'arrêt des BZD toute population sans restriction à la seule population âgée.

En plus des effets secondaires connus ...

En **2012**, étude observationnelle (PAQUID3), popul. française > 65 ans, suivi > 20 ans, 1 063 pers., 78 ans en moyenne, sans symptômes de démence, ni benzodiazépines avant la 5^e année du suivi.

=> Si BZD, ~ **50 % plus de risque de développer une démence** durant le suivi.

Une 2^e analyse par étude cas-témoins sur les personnes ayant commencé des BZD durant le suivi (n = 95) a permis de rapporter une incidence de la démence observée chez les personnes exposées de

=> **4,8 personnes sur 100** par an, **contre 3,2** personnes sur 100 par an pour les « non exposées ».

Etudes épidémiologiques observationnelles \approx certitude suffisante de lien de causalité entre la prise des benzodiazépines et la survenue d'une démence, cela s'ajoute aux autres risques déjà identifiés.

Billioti de Gage S et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ 2012;345:e6231.

En **2014**, la même équipe, étude cas-témoins sur une population canadienne (n = 1 796) diagnostiquée pour la maladie d'Alzheimer. D'après cette étude, l'usage de BZD serait associé à un **risque accru de la maladie** (OR = **1,51** IC95 % [1,36-1,69]) et cette association serait accrue avec la durée du traitement par BZD.

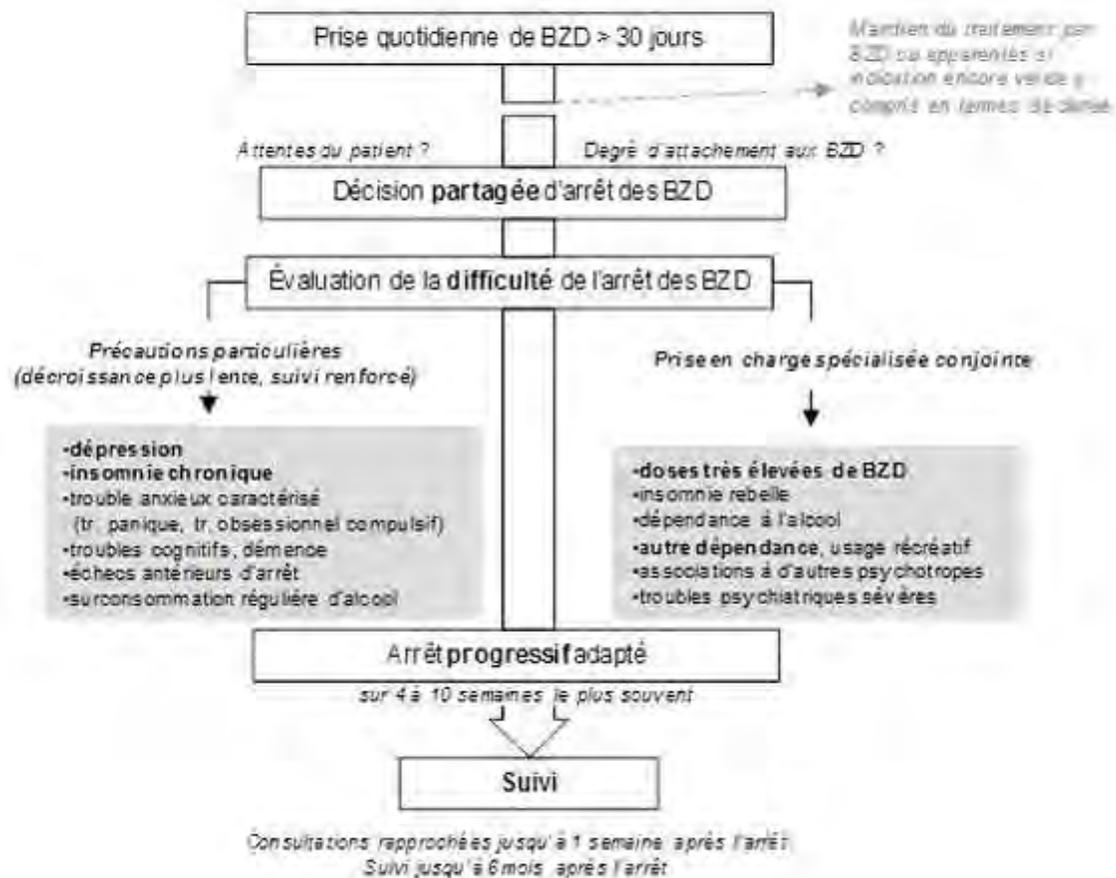
Billioti de Gage S et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ 2014;349:g5205.

Messages clés

- Toute prescription de benzodiazépines (BZD) ou de médicaments apparentés doit respecter les indications et les durées de traitements prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM)
- Les modalités d'arrêt du traitement sont à expliquer au patient dès son instauration.
- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois.
- Si l'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD ou de médicaments apparentés, l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt de BZD ou de médicaments apparentés.

HAS -Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire, Juin 2015

ARRÊT DES BENZODIAZÉPINES (BZD) ET APPARENTÉS DÉMARCHE DU MÉDECIN TRAITANT EN AMBULATOIRE



Principes généraux à une prescription de benzodiazépines

Respecter les indications et anticiper l'arrêt

- Il est recommandé de réserver la prescription de BZD ou de médicaments apparentés aux indications validées et de respecter les durées de prescription prévues par l'AMM².
- Dès l'instauration d'un traitement, il est recommandé d'expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt du fait des risques liés au traitement, notamment du risque de dépendance.
- Il est recommandé de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt lors de toute demande de renouvellement du traitement
- Chez tout patient traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de BZD ou de médicaments apparentés si l'indication n'est plus valide.

Evaluer la dépendance et préparer l'arrêt

- Au moment d'entreprendre un arrêt il convient de :
 - évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux benzodiazépines pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques ; Le médecin peut s'appuyer sur les items du questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines).
 - distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière.
- Si la proposition d'arrêt des benzodiazépines n'est pas acceptée par le patient, il est recommandé de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure.
- Quelle que soit la stratégie choisie, avec ou sans prise en charge spécialisée, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines (4 à 10 semaines le plus souvent) à plusieurs mois (consommations de longue durée, posologies élevée).
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de benzodiazépine. Cependant l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.

2. cf. site ANSM

Dépendance ?

Pelissolo A et al. Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. *Encéphale* 2007 ;33 :32-38.

| Échelle ECAB | | |
|---|--|---|
| Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux ») | | |
| Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez. | | |
| Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire. | | |
| Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse. | | |
| Nom du médicament concerné : | | |
| | Vrai | Faux |
| 1. | Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. | Ce médicament est pour moi comme une drogue | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. | Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. | J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. | J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. | J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. | Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. | Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. | Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. | Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin..... | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 |

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

L'arrêt des BZD comprend une évaluation de la dépendance³ et du type de consommation qui conditionnent la prise en charge.

Prise en charge spécialisée conjointe

L'avis d'un spécialiste ou l'envoi vers une prise en charge spécialisée est à considérer dans les cas :

- historique d'alcoolisme ou autre dépendance,
- désordres médical sévère concurrent ou désordres psychiatriques ou de personnalité,
- antécédents d'abandon de sevrage médicamenteux.

L'arrêt avec substitution par le diazépam peut être envisagé après vérification de la fonction hépatique dans certains cas : difficultés à l'arrêt en raison d'une forte dépendance, antécédents d'abandon de sevrage médicamenteux, consommation de molécules à action brève, à effet puissant ou ne permettant pas aisément de réaliser une réduction.

³ dépendance si dose journalière de diazépam supérieure à 30mg (NICE, 2013)

La prescription des benzodiazépines

Toxiquiz

Lequel des énoncés suivants est vrai.

- A. La plupart des patients ne veulent pas cesser la prise
- B. Le sevrage des benzodiazépines doit se faire sur une période de 10 semaines chez la personne âgée.
- C. Une approche centrée sur l'éducation des patients peut être efficace dans la déprescription de la médication.**
- D. Les benzodiazépines sont sécuritaires pour les personnes âgées.

Choisir avec soin

- Campagnes de sensibilisation de l'American Board of Internal Medicine Foundation Choosing Wisely
- Patients > 65 ans font partie des plus grands consommateurs de BZD :
 - ❖ 9-20% MD Llorente et al. Defining pattern of benzodiazepine use in older adults. J Geriatr Psychiatry neurol 2000; 13(3):150-160
 - ❖ > 30% si > 85 ans K. Tu et al. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario. J Am Geriatr Soc. 2001;49 (10) :1134-5.
- Pourtant chez la personne âgée : les BZD ont des effets indésirables sur la mémoire, concentration, augmentation du risque de chutes, du nombre de fractures de hanche, accidents de la route.
- Equipe québécoise de gériatrie de Cara Tannenbaum : déprescription volontaire des benzodiazépines

Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education The EMPOWER Cluster Randomized Trial

OBJECTIF Comparer l'effet d'une intervention éducative directe au consommateur avec la prise en charge habituelle lors de l'arrêt du traitement aux benzodiazépines chez les personnes âgées vivant dans la communauté.

METHODE : EMPOWER Eliminating Medications through Patient Ownership of End Results

- ✓ Essai randomisé sur l'élimination des médicaments grâce à la l'appropriation des patients sur les résultats finaux
- ✓ Étude entre 2010-2012, suivi de 6 mois
- ✓ Participants (303 utilisateurs de longue date de médicaments à base de benzodiazépine âgés de 65 à 95 ans, recrutés dans 30 pharmacies communautaires) ont été sélectionnés et inscrits avant la randomisation
- ✓ L'intervention éducative comprenait 148 participants et 15 pharmacies randomisées dans le groupe
- ✓ Le contrôle « liste d'attente » comprenait 155 participants.
- ✓ Les participants, médecins, pharmaciens et les évaluateurs étaient aveugles à l'évaluation des résultats.

INTERVENTIONS

Le bras actif a reçu une intervention de dé-prescription d'autonomisation du patient décrivant les risques liés à l'utilisation de benzodiazépines et un protocole de réduction progressive.

Le bras de contrôle a reçu les soins habituels.

Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education

The EMPOWER Cluster Randomized Trial

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des patients

| Critères d'inclusion | |
|----------------------|--|
| • | Des hommes et des femmes âgés de plus de 65 ans. |
| • | Une consommation chronique minimale de 5 médicaments (polypharmacie). |
| • | Un des médicaments est une benzodiazépine consommée depuis plus de 3 mois consécutifs avant la randomisation. |
| • | Le consentement des patients à participer à l'étude. |
| Critères d'exclusion | |
| • | Un diagnostic de maladie mentale grave ou de démence, validé par la prise chronique d'un traitement antipsychotique ou d'un inhibiteur de la cholinestérase ou de la mémantine durant les 3 mois précédant la randomisation. |
| • | Une incapacité à communiquer en anglais ou en français. |
| • | Un déficit cognitif important (score inférieur à 21 au test MoCA ^a). |
| • | Les patients vivant dans un établissement médico-social. |
| • | Les patients impossibles à joindre après trois appels téléphoniques. |

^a MoCa : test d'évaluation cognitive de Montréal ou (*Montreal Cognitive Assessment*).

RÉSULTATS

Au total, 261 participants (86 %) ont complété le suivi de 6 mois.

- ✓ Parmi les bénéficiaires du groupe d'intervention, 62 % ont entamé une conversation sur les benzodiazépines, arrêt du traitement avec un médecin et/ou un pharmacien.

Table 1. Participant Characteristics at Baseline

| Variable | Intervention (n = 148) | Control (n = 155) |
|---|------------------------|-----------------------|
| Age, mean (SD) [range], y | 75.0 (6.5) [65-91] | 74.6 (6.2) [65-95] |
| Female, % | 70.3 | 68.4 |
| College or university education, % | 21.6 | 25.8 |
| Lives alone, % | 46.6 | 54.8 |
| Self-reported fair or poor health, % | 35.8 | 34.8 |
| Montreal Cognitive Assessment, mean (SD) [range], score | 25.4 (2.4) [21-30] | 25.4 (2.5) [21-30] |
| Self-reported indication for benzodiazepine use, % | | |
| Insomnia | 60.8 | 60.0 |
| Anxiety | 45.9 | 49.0 |
| Pain | 2.7 | 3.2 |
| Other | 6.8 | 6.5 |
| Anxiety disorder, % ^a | 32.4 | 30.3 |
| Benzodiazepine dose in mg of lorazepam equivalents per day, mean (SD) [range] | 1.2 (0.8) [0-4.8] | 1.3 (0.8) [0-4] |
| Benzodiazepine type, % ^b | | |
| Short acting | 29.1 | 24.5 |
| Intermediate acting | 66.2 | 72.9 |
| Long acting | 4.7 | 2.6 |
| Duration of benzodiazepine use, mean (SD) [range], y | 9.6 (8.7) [0.3-48.0] | 11.2 (8.3) [0.5-40.0] |
| Previously attempted cessation, % | 45.2 | 49.4 |
| No. of medications per day | 9.9 (3.9 6) [4-24] | 9.9 (3.4) [4-21] |

Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education

The EMPOWER Cluster Randomized Trial

RÉSULTATS

A 6 mois,

- ✓ 27% du groupe d'intervention groupe avait arrêté l'usage de benzodiazépine par rapport à 5 % du groupe témoin; différence de risque, 23 % [IC 95 %, 14-32 %] ; **nombre nécessaire à traiter, 4.**
- ✓ Une réduction de la dose s'est produite chez **11 % supplémentaires** (IC à 95 %, 6 %-16 %).
- ✓ En analyse multivariée : âge > 80 ans, sexe, durée, indication, dose, tentative précédente et la polypharmacie concomitante (> 10 médic./j) n'a pas d'interaction significative avec l'arrêt du traitement par les benzodiazépines.

Table 3. Effect of the Empowerment Intervention on Self-reported Participant Empowerment

| Self-reported Participant Empowerment | Participants, No. (%) | | |
|---|-----------------------|--|---|
| | All (n = 123) | Discontinuation of Benzodiazepine Use (n = 38) | Discontinuation or Benzodiazepine Dose Reduction (n = 54) |
| Discussion with a health professional after receipt of the intervention | | | |
| Physician only | 44 (35.8) | 14 (36.8) | 20 (37.0) |
| Pharmacist only | 5 (4.0) | 2 (5.3) | 2 (3.7) |
| Both | 27 (21.9) | 13 (34.2) | 18 (33.3) |
| Neither | 47 (38.2) | 9 (23.6) | 14 (25.9) |
| Attempt to discontinue | | | |
| Yes, using the tapering protocol in the brochure | 51 (41.4) | 26 (68.4) | 32 (59.3) |
| Yes, using a customized protocol from a physician or pharmacist | 18 (14.6) | 10 (26.3) | 14 (25.9) |
| Yes, method not stated | 2 (1.6) | 2 (5.3) | 2 (3.7) |
| No | 52 (42.3) | 0 | 6 (11.1) |

CONCLUSIONS L'éducation directe au consommateur suscite efficacement le partage de décision concernant la surutilisation de médicaments qui augmentent le risque de préjudice chez les personnes âgées adultes.

Sevrage des BZD : comment faire?

- La durée optimale du sevrage des benzodiazépines demeure imprécise, aucune règle n'est établie

Lader M. Benzodiazepine revisited-will ever learn ? *Addiction* 2011 106:2086-109.

- Période de 10 semaines

HAS -Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés :
démarche du médecin traitant en ambulatoire, Juin 2015

- Période de 6 à 8 semaines à quelques mois

Ashton H. the diagnosis and management of benzodiazepine dependance.
Curr Opin Psychiatry 2005; 18(3):249-255.

- Protocole proposé vise un arrêt sur 21 semaines (diminution de 7% de la dose durant les 2 premières semaines)

JAMA Intern Med. 2014;174(6):890-898. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949
Published online April 14, 2014.

Sevrage des BZD : comment faire?

Du bon usage des benzodiazépines? Barbara Broers

- ✓ Consensus sur la baisse LENTE des BDZ,
surtout si –dose importante –durée préalable du tt / usage prolongée
- ✓ Switcher sur BDZ longues demi-vies
- ✓ Baisser environ de 10-20 % toutes les 6-8 semaines
- ✓ Rediscuter avec le patient chaque baisse
- ✓ Si possible, et si besoin, introduire en parallèle un autre traitement
(Ex: SSRI si trouble anxieux, Mirtazapine+/-mélatonine si trouble sommeil, antalgique si douleur)

2 propositions : réduire le médicament versus substitution avec diazepam pour réduire

La substitution avec le diazépam est recommandée pour les patients :

- ❑ Avec benzodiazépines « puissantes » (alprazolam-**Xanax**[®] et lorazépam- **Temesta**[®])
- ❑ Avec des médicaments qui ne permettent pas facilement de petites réductions posologiques (alprazolam-**Xanax**[®], flurazépam-**Dalmadorm**[®] et lormétazépam-**Loramet**[®])
- ❑ Avec témazépam-**Normison**[®] ou nitrazépam-**Mogadon**[®] (discuter avantages/ inconvénients)
- ❑ Avec des difficultés ou sont susceptibles d'en éprouver lors d'un arrêt direct de témazépam-**Normison**[®], nitrazépam-**Mogadon**[®] ou z-médicaments (zolpidem-**Stilnox**[®] **Zoldpidem**[®] **Zoldorm**[®]) en raison d'un haut degré de dépendance (associé à une longue durée de traitement, des doses élevées et une antériorité d'anxiété)

HAS -Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire, Juin 2015

Doses équivalentes

| | Délai d'action (tmax en h) | Demi-vie (h) | Dose Equivalente* (mg) |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Dormicum [®] (midazolam) | Très court (0,3) | 1-4 | 10 |
| Xanax [®] (alprazolam) | court (1-2) | 12-15 | 1 |
| Tranxilium [®] (clorazépate) | court (1) | 40-100 | 15 |
| Valium [®] (diazepam) | court (1) | 20-70 | 10 |
| Lexotanil [®] (bromazepam) | intermédiaire (1-4) | 10-25 | 4,5 |
| Seresta [®] (oxazépam) | Intermédiaire (2) | 5-15 | 30 |
| Rivotril [®] (clonazépam) | long (2-4) | 20-40 | 0,5 |

* ces valeurs ne sont pas toujours précises en raison de la variabilité des demi-vies

Ref Délai d'action, demi-vie et dose équivalente de benzodiazépines usuels. Adapté de : *Medicaments de référence*. P. Dayer. *Fondation Pharma-Flash*, vol 21 édition spéciale, 1994 et *Meyler's side effects of drugs*. Dukes MNG, Elsevier 2000 p 124. Pour les équivalences : *Vade-mecum de thérapeutique psychiatrique*. Calanca A. *Médecine et Hygiène* 2001.

STEP-BY-STEP WEANING PROGRAM

We recommend that you follow this program under the supervision of your doctor or pharmacist.

JAMA Intern Med. 2014;174(6):890-898. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949
Published online April 14, 2014.

| Weeks | Weaning Schedule | | | | | | | ✓ |
|-----------|------------------|------|-----|-------|-----|-----|-----|---|
| | Mon | Tues | Wed | Thurs | Fri | Sat | Sun | |
| 1 and 2 | ● | ● | ● | ● | ● | ◐ | ● | |
| 3 and 4 | ● | ◐ | ● | ◐ | ● | ◐ | ● | |
| 5 and 6 | ◐ | ◐ | ◐ | ◐ | ◐ | ◐ | ◐ | |
| 7 and 8 | ◐ | ◐ | ◐ | ◐ | ◐ | ◑ | ◐ | |
| 9 and 10 | ◐ | ◑ | ◐ | ◑ | ◐ | ◑ | ◐ | |
| 11 and 12 | ◑ | ◑ | ◑ | ◑ | ◑ | ◑ | ◑ | |
| 13 and 14 | ◑ | ◑ | ◑ | ◑ | ◑ | ○ | ◑ | |
| 15 and 16 | ◑ | ○ | ◑ | ○ | ◑ | ○ | ◑ | |
| 17 and 18 | ◑ | ○ | ○ | ◑ | ○ | ○ | ◑ | |
| 19 | ○ | ○ | ○ | ◑ | ○ | ○ | ○ | |
| 20 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◑ | ○ | |
| 21 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◑ | |
| 22 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |

Legend

● Full dose ◐ Half dose ◑ Quarter of a dose ○ No dose

Réduction de 7% les 2^{èmes} semaines (= ½ cpr en moins)

Réduction de 15% les 2 semaines suiv. (= - 2x ½ cpr)

Réduction de 36% les 2 semaines suiv. (1 seul ½ cpr/j)

Réduction de 7% les 2 semaines suiv. (¼ cpr en moins)

Réduction de 15% les 2 semaines suiv. (- 2x ¼ cpr en moins)

Réduction de 36% les 2 semaines suiv. (1 seul ¼ cpr/j)

Réduction de 7% les 2 semaines suiv. (¼ cpr en moins)

Réduction de 15% les 2 semaines suiv. (- 2x ¼ cpr en moins)

Réduction de 25% les 2 semaines suiv. (- ¼ cpr en moins)

Réduction de 33% la semaine suiv. (- ¼ cpr en moins)

Réduction de 0 % la semaines suiv.

Réduction de 0 % la semaines suiv.

Réduction de 100 % la semaine suiv. (- ¼ cpr en moins)

TEST YOUR KNOWLEDGE

1. Temesta est un tranquillisant léger qui est sûr quand il est pris pendant une longue période : **Vrai ou Faux**

FAUX. Il n'est pas recommandé de prendre Temesta pendant plus de 2 à 4 semaines. Les personnes qui le prennent pendant des périodes plus longues se mettent dans une situation :

- ✓ 5 fois plus à risque de problèmes de mémoire et de concentration
- ✓ 4 fois plus à risque de fatigue diurne
- ✓ 2 fois plus à risque de chutes et de fractures (hanche, poignet)
- ✓ 2 fois plus à risque d'avoir un accident de véhicule à moteur en conduisant
- ✓ Plus de problèmes de perte d'urine

TEST YOUR KNOWLEDGE

2. La dose de Temesta que je prends ne cause aucun effet secondaire :

Vrai ou Faux

FAUX. Même si vous pensez ne pas avoir d'effets secondaires et même si vous ne prenez qu'une petite dose, vos performances cérébrales sont moins bonnes et vos réflexes sont plus lents.

3. Sans Temesta je suis incapable de dormir ou suis à risque d'anxiété non souhaitée

Vrai ou Faux

VRAI. Votre corps a probablement développé une dépendance physique au Temesta. Si vous l'arrêtez brusquement, vous aurez du mal à dormir et ressentirez une plus grande anxiété. Des millions de personnes ont réussi à éliminer progressivement cette drogue de leur vie et trouvé des alternatives qui résolvent leur problème.

TEST YOUR KNOWLEDGE

4. Temesta est la meilleure option disponible pour traiter mes symptômes

Vrai ou Faux

FAUX. Bien qu'il soit efficace à court terme, des études montrent que ce n'est pas le meilleur traitement à long terme pour votre anxiété ou votre insomnie. Cela ne fait que couvrir les symptômes sans réellement résoudre le problème. S'il vous plaît continuez à lire pour en savoir plus sur le développement de habitudes de sommeil plus saines et la diminution du stress.

SO ASK YOURSELF...yes or no?

...HAVE YOU BEEN TAKING **ATIVAN**® FOR MORE THAN 4 WEEKS?

...ARE YOU STILL TIRED AND OFTEN GROGGY DURING THE DAY?

...DO YOU EVER FEEL HUNGOVER IN THE MORNING, EVEN THOUGH YOU HAVE NOT BEEN DRINKING?

...DO YOU EVER HAVE PROBLEMS WITH YOUR MEMORY OR YOUR BALANCE?



AS YOU AGE...

Age related changes take place in your body and change the way you process medications. Your chances of taking more than one pharmaceutical increase, as well as the possibility of a history of illness. Drugs stay in your body longer and lowered liver function and less blood flow to your kidneys may increase side effects.

Unfortunately this is important information that is often not passed on to patients who are taking this drug. Please consult your physician or pharmacist to discuss this further. New drugs are now on the market and could relieve your anxiety or improve your sleep with less side effects on your quality of life .

DID YOU KNOW?

Ativan® is in a family of drugs called **benzodiazepines** that is highly addictive and can cause many side effects. Except in special circumstances, it should not be taken for more than 4 weeks.

These drugs remain longer and longer in your body as you age. This means that they can stay for up to several days and could be making you tired, weak, impair your balance, and reduce your other senses.

Ativan® can also be associated with hip fractures, memory problems, and involuntary urine loss. Its sedative properties can cause you to be drowsy during the day which can result in car accidents and sleep walking. Even if you are not experiencing these symptoms, be sure to speak to your doctor or pharmacist so that you do not develop them in the future. New drugs are now on the market and could relieve your anxiety or improve your sleep with less side effects on your quality of life.

**Please Consult your Doctor or Pharmacist
Before Stopping Any Medication.**

ALTERNATIVES pour vous aider à dormir...

Il existe des changements de style de vie qui peuvent aider, dans certaines situations

- Ne lisez pas au lit. Faites-le sur une chaise ou sur votre canapé.
- Essayez de vous lever le matin et de vous coucher le soir à la même heure chaque jour.
- Avant de vous coucher, pratiquez des exercices de respiration profonde ou de relaxation.
- Faites de l'exercice pendant la journée, mais pas pendant les trois dernières heures avant d'aller vous coucher.
- Évitez de consommer de la nicotine, de la caféine et de l'alcool.
- Si vous vous réveillez pendant plus de 30 minutes, essayez de sortir du lit et de faire une activité relaxante, comme lire, écouter de la musique douce, etc. Retournez au lit lorsque vous vous sentez à nouveau fatigué.

Pour soulager votre anxiété... Il existe d'autres solutions pour gérer votre stress et votre anxiété.

- Parler à un thérapeute est un bon moyen de vous aider à résoudre des situations stressantes et à parler de ce qui vous rend anxieux.
- Les groupes de soutien aident à soulager votre stress et vous font sentir que vous n'êtes pas seul dans votre situation.
- Essayez de nouvelles techniques de relaxation comme les étirements, le yoga ou le tai-chi qui peuvent vous aider à soulager le stress quotidien et à surmonter votre anxiété.
- Parlez à votre médecin d'autres médicaments anti-anxiété qui ont des effets secondaires moins graves.

MESSAGES CLES

- ✓ Discuter indication et durée prescription d'un médicament.
- ✓ Refaire la liste des médicaments à chaque visite et discuter du bénéfice potentiel de «dé-prescrire»
- ✓ Conseiller à votre patient une seule pharmacie (contrôle supplément. du pharmacien)
- ✓ IPP/ BZD, faciles à introduire mais + difficile à dé-prescrire

MERCI POUR VOTRE ATTENTION
ET
VOS QUESTIONS