



Déprescription

Jérémy Jeanbourquin

CTR de Gilly

17 février 2026

Adaptée d'une présentation de Corine Challet oct.2019

Pharmacie Interhospitalière de la Côte (PIC)- Morges

Plan de la présentation

- Définitions et généralités
- Prévalence
- Utilité
- Sécurité
- Outils

Définition

Déprescription = Deprescribing

Processus de retrait d'un **médicament inapproprié** supervisé par un professionnel de santé dans le but de minimiser la **polymédication** et d'améliorer les *résultats cliniques* et la qualité de vie du patient.

PRESCRIPTION

- Initier un médicament
- Renouveler un médic.

DEPRESCRIPTION

- Stopper un médicament
- Réduire la dose
- Passer à un médic. plus sûr

Tannenbaum et al, Can J on Aging, 2017, 36(1): 97-107

Scott et al, JAMA Int Med, 2015, 175(5): 827-34

Reeve et al, Br J Clin Pharmacol, 2015, 80: 1254-68

91 ans



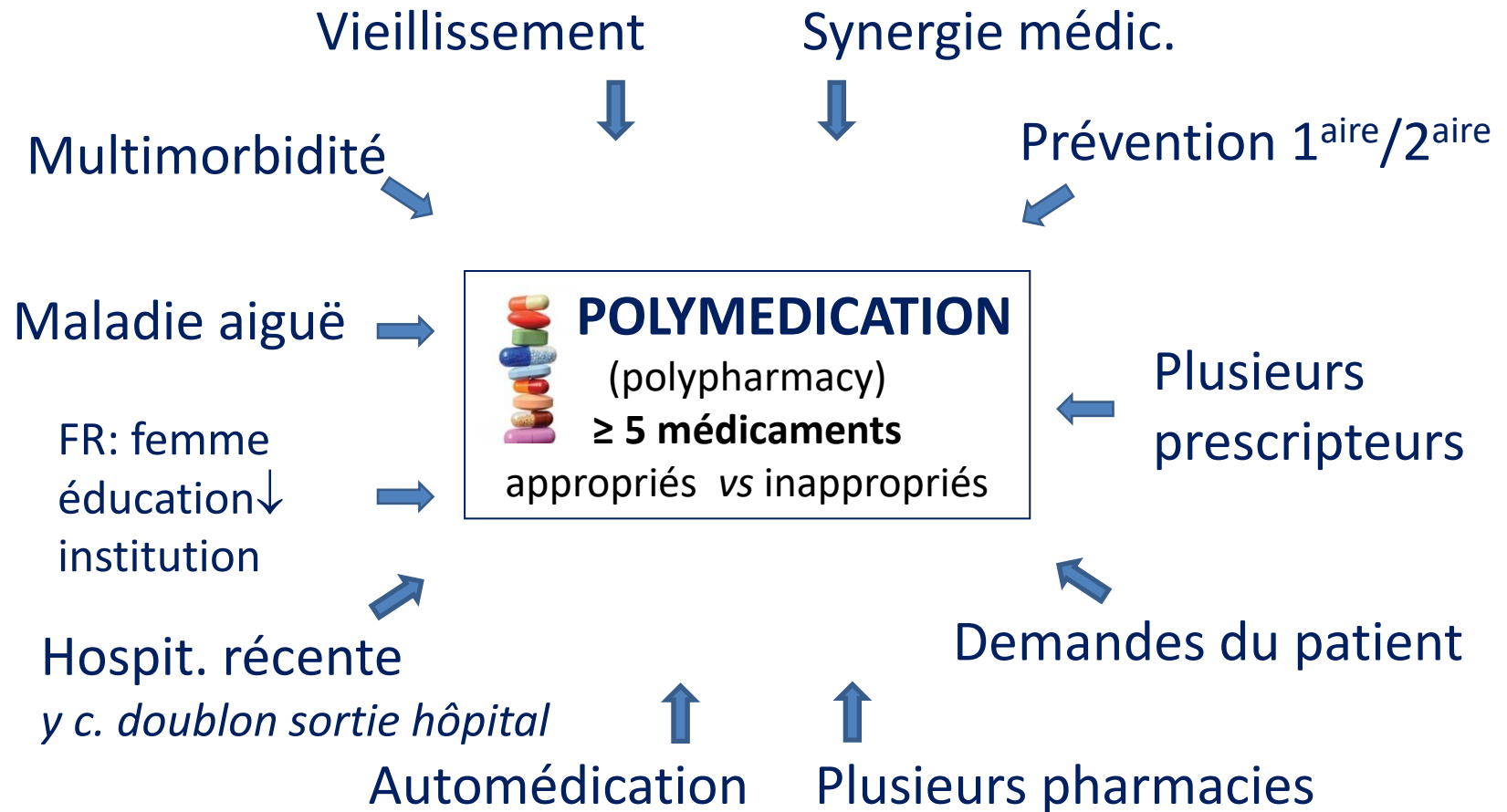
Hosp. ↓ EG

- IC globale, FA
- IRC
- Hyperplasie bénigne de la prostate
- D2 NIR non tté
- Hypercholestérolémie
- Polyneuropathie, artériopathie
- TME d'origine multifactorielle
- Escarres des talons
- Polymyalgia rheumatica
- Malvoyance sur DMLA
- *sp*: MRSA, carcinome papillaire de la vessie, cataracte opérée, PTH droite en 1991
- ancien tabagisme

A l'arrivée à l'hôpital

- Perindopril 4mg 1-0-0
- Digoxine 0,125mg 1-0-0 sauf ve-sa-di
- Sintrom selon TP
- Torasémide 2,5mg 1-0-0
- Aspirine cardio 100mg 1-0-0
- Prednisone 5mg 1 ½ -0-0
- Co Dafalgan 1-0-1
- Simvastatine 20mg 0-0-1
- Calcium D3 sachet 1-0-1
- Alendron 70mg 1cp à 11 h le mardi
- Duofer 1-0-0
- Esoméprazole 20mg 1-0-0
- Finastéride 5mg 1-0-0
- Flavoxate 1-0-1
- Térazosine 5mg 0-0-1
- Movicol 1-0-0
- Supradyn 1-0-0

Polymédication & causes

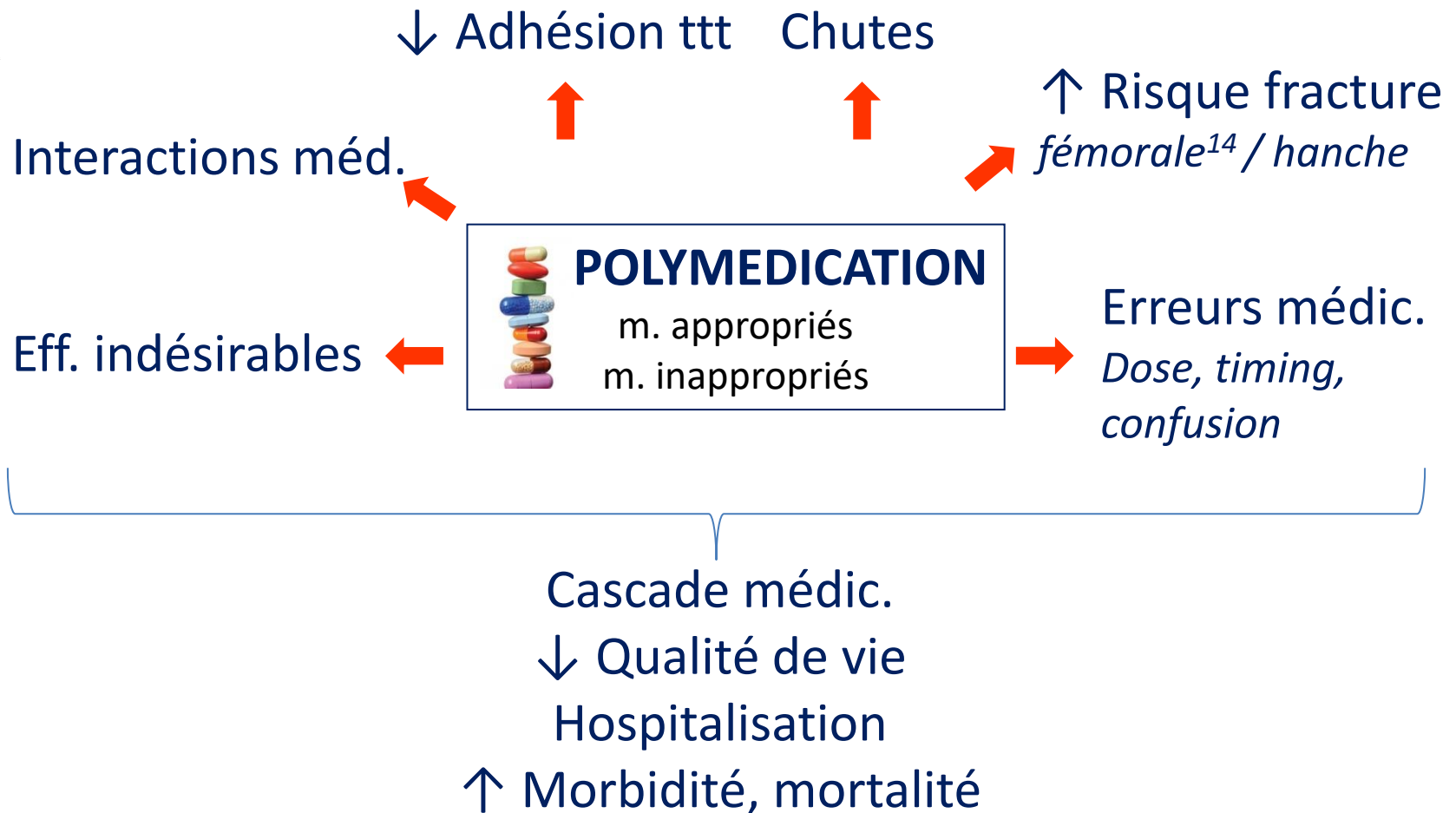


C. Mazzocato et al. Rev Med Suisse 2013, 9 : 1026-31

M. Herr et al. Pharmacoepidemiol. and drug safety, 2015, doi;10.1002/pds.3772

C. Sirois et al, Québec Pharmacie, 06.2014:29-37

Polymédication & risques



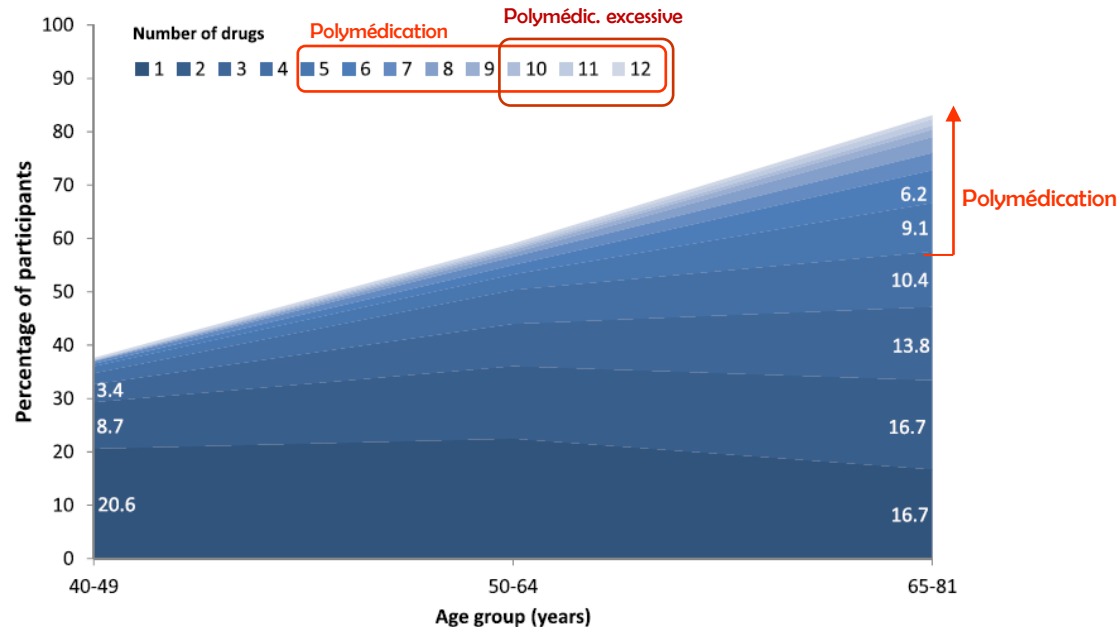


Prévalence

Etude CoLaus – Suisse 2009-12 (n=4938, 40-81 ans)

11,8 % avec ≥ 5 médic., soit 1/9 participants

1,4% avec ≥ 10 médic.



Castioni et al. BMC Health Services Research (2017) 17:840

Indicateurs des EMS suisses 2019-21 Rapport OFS, publié 05.2023

42% résidents avec ≥ 9 médic. dans les 7 derniers jours

Prévalence

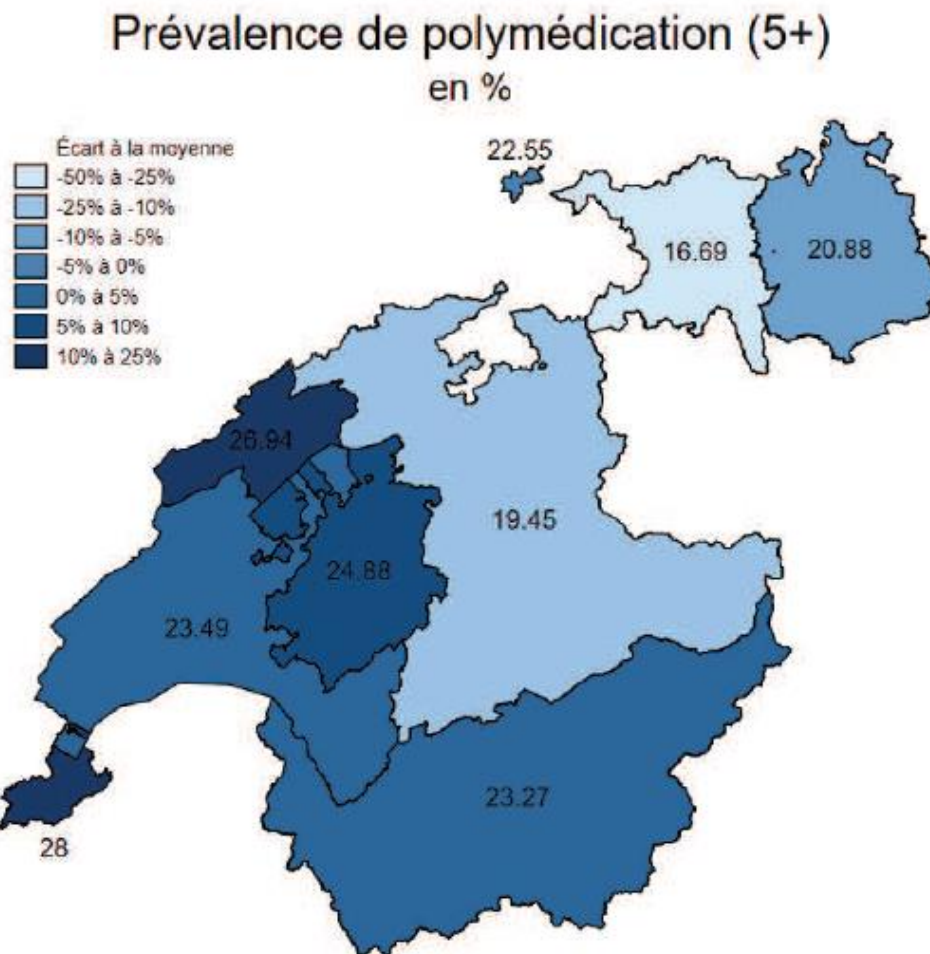
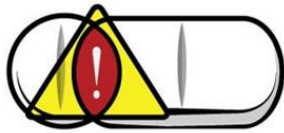


Figure 1: Carte cantonale de la polymédication



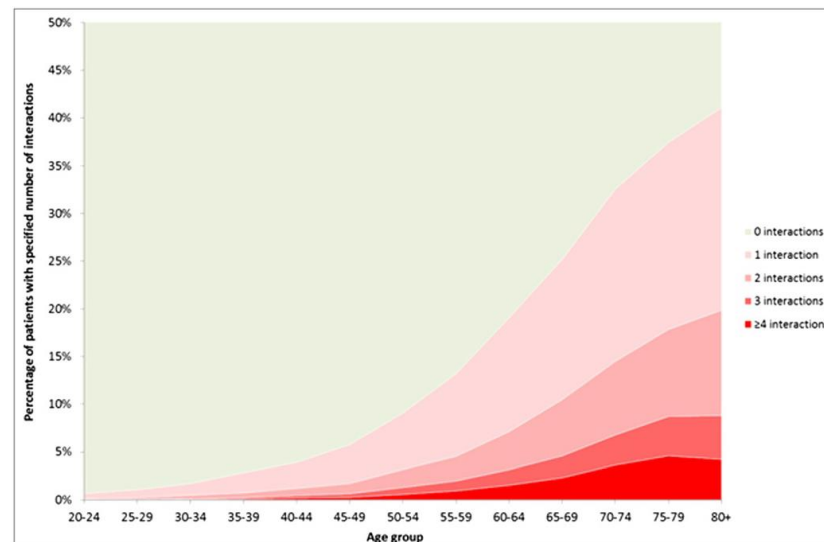
Interactions médic.

- Risque d'interaction médic.

- 13 % si 2 médic.
- 38 % si 4 médic.
- **82 %** si ≥ 7 médic.

Mazzocato et al., Revue médicale suisse (2013) 9: 1026-31

- Nbre d'interactions médic. potentiell. sévères ↑
avec l'âge



Guthrie et al., BMC Medicine (2015) 13: 74

Adhésion thérapeutique

- **Non-adhésion** au ttt resp. **10% hospitalisation** en gériatrie¹⁵
- ↓ adhésion ttt avec le **nombre de prises**²⁰

79 % 1x / j	69 % 2x / j
65 % 3x / j	51 % 4x / j
- ↓ adhésion ttt avec le **nombre de médicaments**

Table 2. Predictors of Adherence With Concomitant AH and LL Medications

Variable	Unadjusted Results		Adjusted Results*	
	Odds Ratio (95% CI)	P Value	Odds Ratio (95% CI)	P Value
No. of other prescription medications				
0	1.73 (1.56-1.90)	<.001	1.96 (1.72-2.25)	<.001
1	1.25 (1.13-1.39)	<.001	1.61 (1.40-1.84)	<.001
2	0.96 (0.86-1.07)	.41	1.30 (1.14-1.49)	<.001
3-5	0.87 (0.79-0.94)	.001	1.23 (1.10-1.38)	<.001
≥6	0.65 (0.59-0.71)	<.001	1.00†	NA

†Reference group.

Déclin de la marche & chutes

Etude canadienne

n = 249, patients ambulatoires

Âge: 76 ± 9 ans

63% femmes

Polymédication: ≥ 5 médic.

Suivi de 5 ans

Participants had a 16% increase in gait decline incidence for every additional medication in the unadjusted model (hazard ratio [HR] = 1.16; 95% confidence interval [CI] = 1.10-1.21; $p < .001$) and had a 12% increase when adjusted for age, sex, and comorbidity propensity score (HR = 1.12; 95% CI = 1.06-1.18; $p < .001$).

Participants had a 7% increase in fall incidence for every additional medication in the unadjusted model (HR = 1.07; 95% CI = 1.02-1.12; $p = .006$) and had a 5% increase when adjusted for age, sex, and comorbidity propensity score (HR = 1.05; 95% CI = 1.01-1.11; $p = .043$).

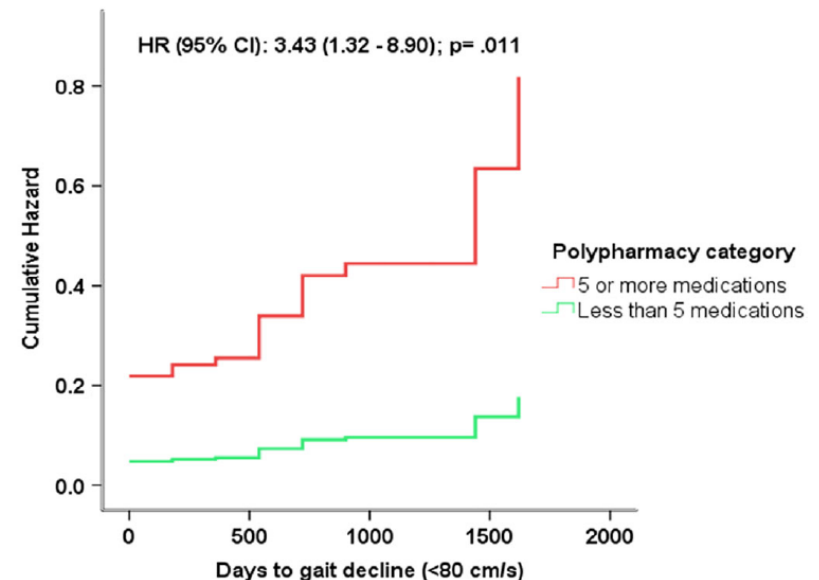


Figure 2. Risk of developing gait decline (<80 cm/s) from baseline to last visit, for participants taking less or more than five medications. CI, confidence interval; HR, hazard ratio.

Cascade médicamenteuse

ou spirale médicamenteuse



Cascades médic. fréquentes

Table 3 ThinkCascades: clinically important prescribing cascades affecting older people; by physiologic system

Drug A	Side effect	Drug B
Cardiovascular System (n=2)		
Calcium Channel Blocker →	Peripheral edema →	Diuretic
Diuretic →	Urinary incontinence →	Overactive bladder medication
Central Nervous System (n=4)		
Antipsychotic →	Extrapyramidal symptoms →	Antiparkinsonian agent
Benzodiazepine →	Cognitive impairment →	Cholinesterase Inhibitor or memantine
Benzodiazepine →	Paradoxical agitation or agitation secondary to withdrawal →	Antipsychotic
Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) / Serotonin-norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) →	Insomnia →	Sleep agent (e.g., Benzodiazepines, Benzodiazepine Receptor Agonists, Sedating antidepressant, Melatonin)
Musculoskeletal System (n=1)		
NSAID →	Hypertension →	Antihypertensive
Urogenital System (n=2)		
Urinary Anticholinergics →	Cognitive impairment →	Cholinesterase inhibitor or memantine
Alpha-1 Receptor Blocker →	Orthostatic hypotension, dizziness →	Vestibular sedative (e.g., betahistine, Antihistamines, Benzodiazepines)

NSAIDs non-steroidal anti-inflammatory drugs

91 ans



A l'arrivée à l'hôpital

- Perindopril 4mg 1-0-0
- Digoxine 0,125mg 1-0-0 sauf ve-sa-di
- Sintrom selon TP
- Torasémide 2,5mg 1-0-0
- Aspirine cardio 100mg 1-0-0
- Prednisone 5mg 1 ½ -0-0
- Co Dafalgan 1-0-1
- Simvastatine 20mg 0-0-1
- Calcium D3 sachet 1-0-1
- Alendron 70mg 1cp à 11 h le mardi
- Duofer 1-0-0
- Esoméprazole 20mg 1-0-0
- Finastéride 5mg 1-0-0
- Flavoxate 1-0-1
- Térazosine 5mg 0-0-1
- Movicol 1-0-0
- Supradyn 1-0-0

Esoméprazole

Alendronate

Ca/D3

Movicol

Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans

Budnitz et al, N Engl J Med, 2011, 365(21): 2002-12

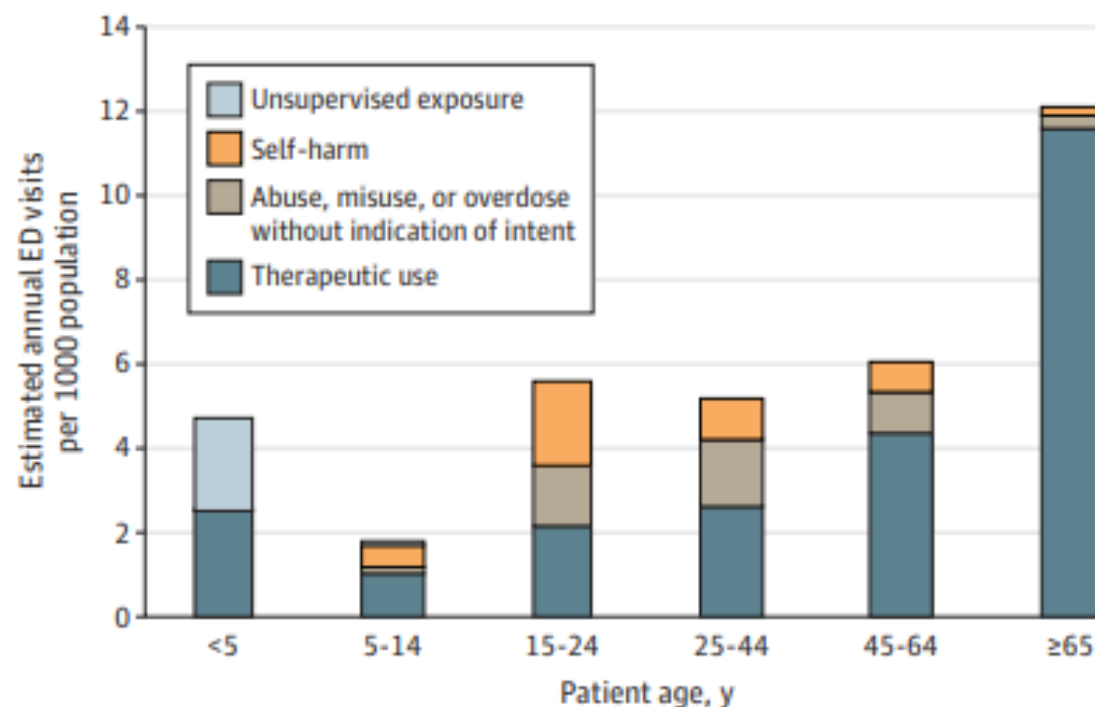
Table 4. National Estimates of Medications Commonly Implicated in Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older U.S. Adults, 2007–2009.*

Medication	Annual National Estimate of Hospitalizations (N = 99,628)		Proportion of Emergency Department Visits Resulting in Hospitalization
	no.	% (95% CI)	%
Most commonly implicated medications†			
Warfarin	33,171	33.3 (28.0–38.5)	46.2
Insulins	13,854	13.9 (9.8–18.0)	40.6
Oral antiplatelet agents	13,263‡	13.3 (7.5–19.1)	41.5
Oral hypoglycemic agents	10,656	10.7 (8.1–13.3)	51.8
Opioid analgesics	4,778	4.8 (3.5–6.1)	32.4
Antibiotics	4,205	4.2 (2.9–5.5)	18.3
Digoxin	3,465	3.5 (1.9–5.0)	80.5
Antineoplastic agents	3,329‡	3.3 (0.9–5.8)‡	51.5
Antiadrenergic agents	2,899	2.9 (2.1–3.7)	35.7
Renin–angiotensin inhibitors	2,870	2.9 (1.7–4.1)	32.6
Sedative or hypnotic agents	2,469	2.5 (1.6–3.3)	35.2
Anticonvulsants	1,653	1.7 (0.9–2.4)	40.0
Diuretics	1,071‡	1.1 (0.4–1.8)‡	42.4
High-risk or potentially inappropriate medications§			
HEDIS high-risk medications	1,207	1.2 (0.7–1.7)	20.7
Beers-criteria potentially inappropriate medications	6,607	6.6 (4.4–8.9)	42.0
Beers-criteria potentially inappropriate medications, excluding digoxin	3,170	3.2 (2.3–4.1)	27.6



US Emergency Department Visits Attributed to Medication Harms, 2017-2019

Figure 2. Estimated Annual Emergency Department (ED) Visits for Medication Harms per 1000 Population, by Age and Intent of Medication Use—US, 2017-2019



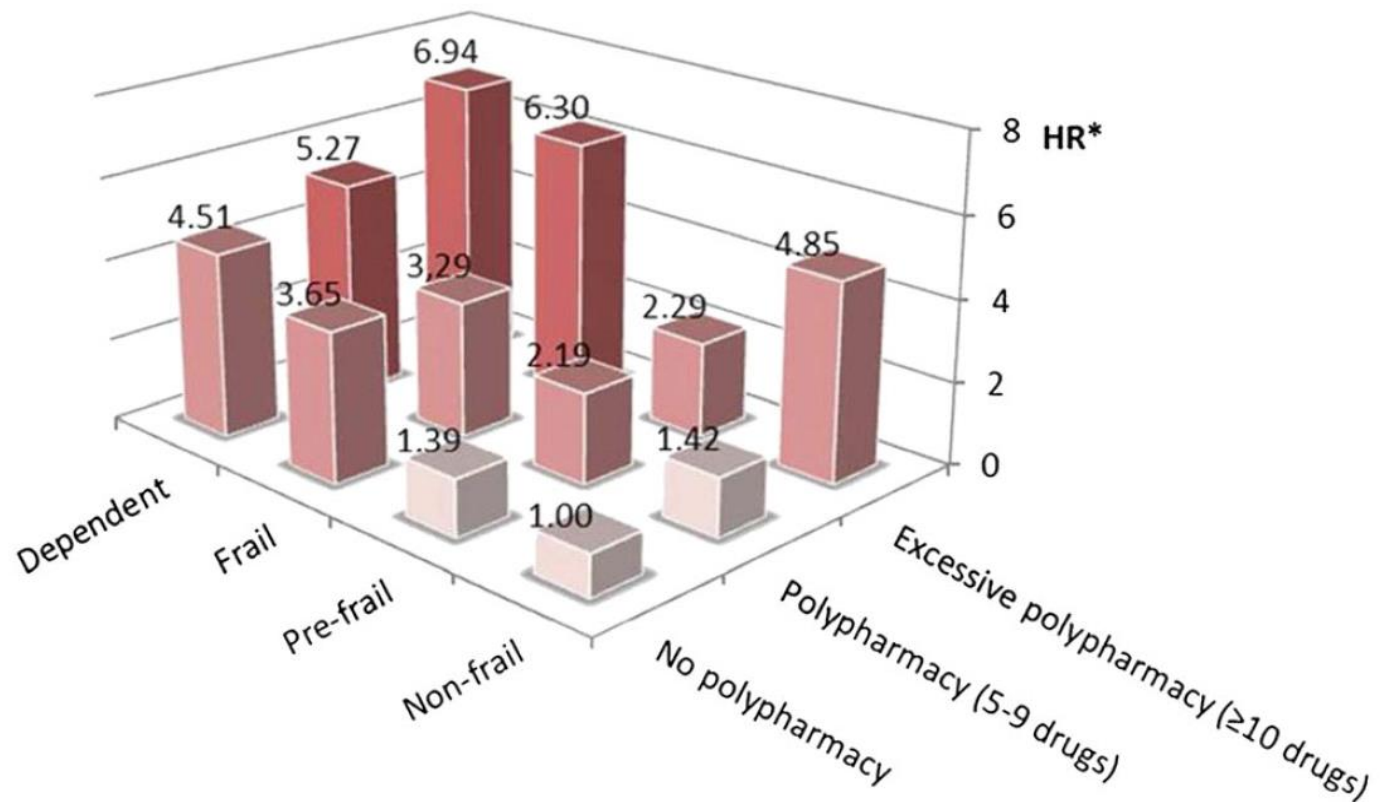
US Emergency Department Visits Attributed to Medication Harms, 2017-2019

Table 1. Cases and National Estimates of Emergency Department Visits for Medication Harms by Patient and Case Characteristics—US, 2017-2019^{a,b}

Case characteristics	ED visits for medication harms overall (N = 96 925 cases)		ED visits for medication harms resulting in hospitalization (n = 39 628 cases) ^c	
	No. of cases	Nationally weighted, % (95% CI) ^d	No. of cases	Nationally weighted hospitalization rate (95% CI) ^{d,e}
Age, y ^f	96 912		39 621	
<5	7610	4.7 (3.6-5.7)	1276	11.2 (9.8-12.5)
5-14	6105	3.7 (2.8-4.5)	2476	29.7 (25.0-34.5)
15-24	12 448	12.0 (10.1-14.0)	5615	38.9 (35.7-42.1)
25-34	10 956	12.3 (10.7-13.9)	3800	33.4 (29.2-37.6)
35-44	9215	10.3 (9.1-11.5)	3280	33.6 (29.7-37.4)
45-54	10 462	11.6 (10.5-12.7)	4123	37.8 (34.3-41.3)
55-64	12 493	13.7 (13.0-14.4)	5456	41.5 (37.7-45.3)
65-74	11 899	13.7 (11.7-15.8)	5463	42.4 (38.3-46.6)
≥75	15 724	18.0 (13.7-22.4)	8132	48.9 (43.0-54.8)

Polymédication & mortalité

- Polymédic. ↑ risque de **mortalité** de qqn âgée fragile¹⁶



Médicaments inappropriés



L'usage irrationnel ou non rationnel des médicaments est un problème mondial majeur. L'OMS estime que plus de la moitié de l'ensemble des médicaments sont prescrits, distribués ou vendus de manière inappropriée. En même temps, environ un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels.

Potentially Inappropriate Medications PIMs

- Médic. risqués
- Médic. inutiles, devenus superflus, changement guidelines
- Longue durée de ttt au lieu de courte
- Médic. inefficaces
- Médic. en non adéquation avec les buts du traitement
Ex. médic. préventif pour patient en soins palliatifs
- Médic. ne correspondant pas aux valeurs du patient
- Médic. inadaptés à une population de patients
Ex. IR, anticholinergiques chez âgés, dispositifs inhalation ...

PIMs chez la personne âgée

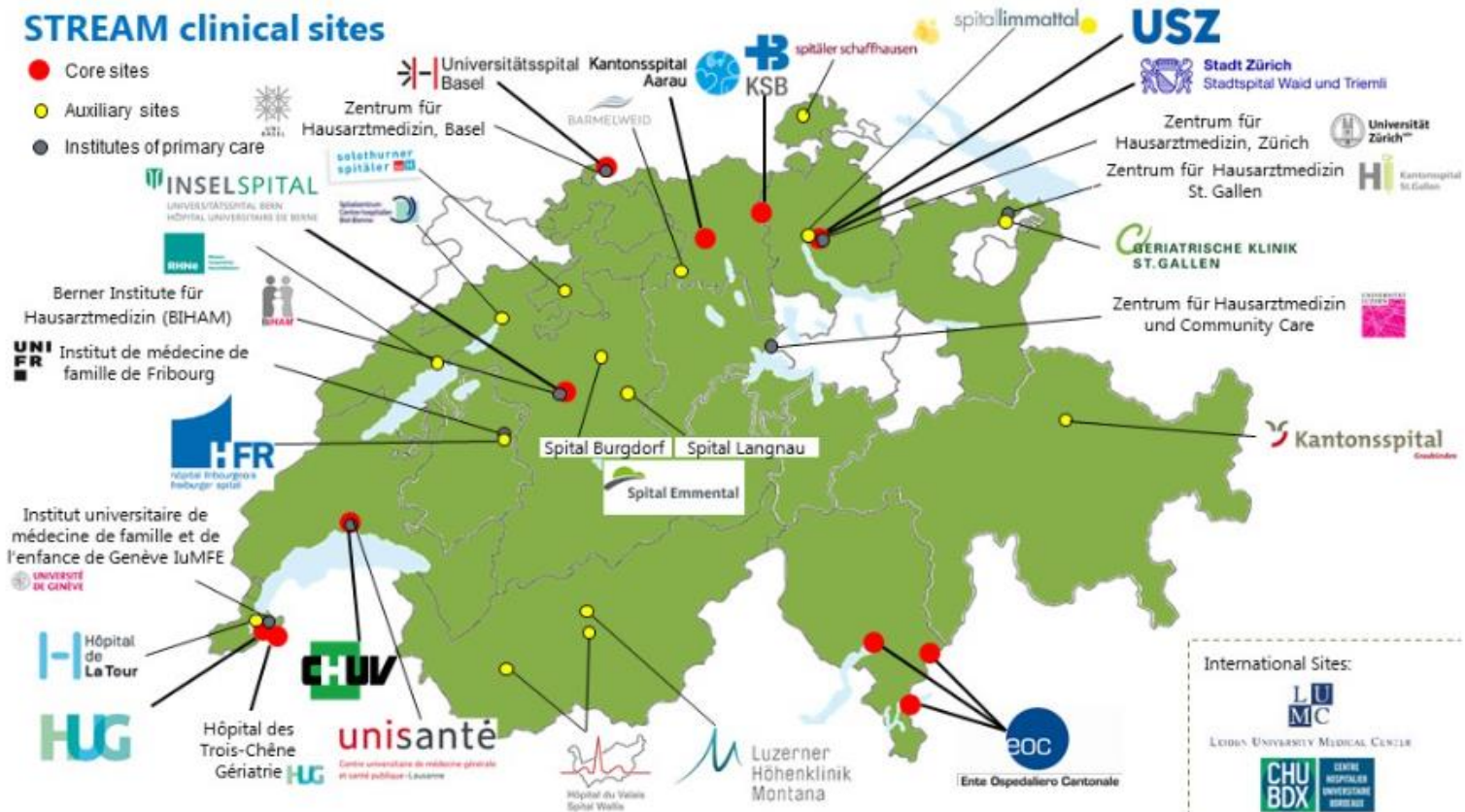


- Prévalence des PIMS¹⁹
 - 20 % personnes âgées à domicile
 - 30 % personnes âgées hospitalisées
 - 50 % personnes âgées en EMS
- Manque d'études cliniques / guidelines avec ≥ 80 ans
 - 3 % seulement essais contrôlés randomisés avec ≥ 65 ans¹⁴
 - Patients 'très âgés' ou 'âgés et fragiles' exclus¹⁹
 - Extrapolations pour cette population

Etude STREAM

STREAM clinical sites

- Core sites
- Auxiliary sites
- Institutes of primary care



Prévalence

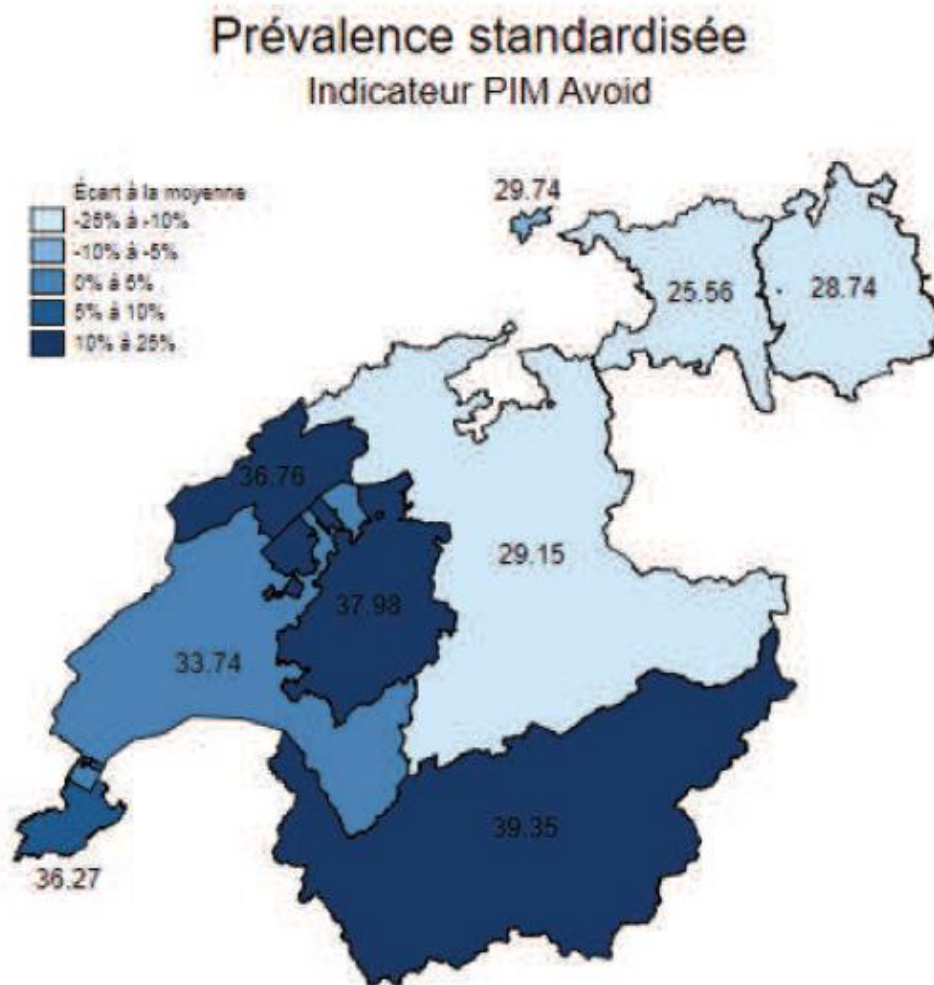


Figure 7: Prévalence standardisée des PIM à éviter par canton

- **Critères de Beers** ²²

- liste des PIMs à éviter c/o **≥ 65 ans**
- 1991, puis m. à j régulières. **2023**
- 53 médic. ou classes médic.

- **STOPP & START** ^{23,24}

- outil pour patients **≥ 65 ans**
- **Screening Tool of Older Persons' Prescriptions** (133 cas) → PIMs
- **Screening Tool to Alert to Right Treatment** (57 cas) → médic. essentiels omis
- médic. classés par système
- interactions médic. incluses
- 2008, puis m. à j. **2023**

⇒ *Ex. benzodiazépines*

Ex. Benzodiazépines

Liste de Beers 2023

Organ system, therapeutic category, drug(s) ^a	Rationale	Recommendation	Quality of evidence ^b	Strength of recommendation ^b
Benzodiazepines Alprazolam Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline or clidinium) Clobazam Clonazepam Clorazepate Diazepam Estazolam Lorazepam Midazolam Oxazepam Temazepam Triazolam	The use of benzodiazepines exposes users to risks of abuse, misuse, and addiction. Concomitant use of opioids may result in profound sedation, respiratory depression, coma, and death. Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; the continued use of benzodiazepines may lead to clinically significant physical dependence. In general, all benzodiazepines increase the risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults. May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep behavior disorder, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety disorder, and periprocedural anesthesia.	Avoid	Moderate	Strong

Ex. Benzodiazépines

Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) version 3.

The following prescriptions are potentially inappropriate to use in patients aged 65 years and older.

Section D: Central Nervous System

8. Benzodiazepines for ≥ 4 weeks (no indication for longer treatment; risk of prolonged sedation, confusion, impaired balance, falls, road traffic accidents; all benzodiazepines should be withdrawn gradually if taken for more than 4 weeks as there is a risk of causing a benzodiazepine withdrawal syndrome if stopped abruptly).
9. Benzodiazepines for agitated behaviour or psychotic symptoms of dementia (no evidence of efficacy).
10. Benzodiazepines for insomnia for ≥ 2 weeks (high risk of dependency, increased risk of falls, fractures and road traffic accidents).
11. Z-drugs (zolpidem, zopiclone, zaleplon) for insomnia for ≥ 2 weeks (increased risk of falls, fractures).

PIMs & outils

- Critères de Beers 2023
- STOPP/START 2023
- EU(7) PIM Liste 2015 et EuroFORTA liste
- Priscus Liste 2023
- NORGEP-NH 2017
- Liste de Morin 2018
- StoppFrail liste 2017



PIMs & outils

- EuroFORTA liste



F O R T A – Classification System A-D^{1,2,3,4,7}

Class A	Class B	Class C	Class D
= Indispensable drug, clear-cut benefit in terms of efficacy/safety ratio proven in elderly patients for a given indication	= Drugs with proven or obvious efficacy in the elderly, but limited extent of effect and/or safety concerns	= Drugs with questionable efficacy/safety profiles in the elderly which should be avoided or omitted in the presence of too many drugs, absence of benefits or emerging side effects; explore alternatives	= Avoid if at all possible in the elderly, omit first and use alternative substances

* FORTA aims at older patients, has been validated primarily for patients 65 years of age or older with significant comorbidities (3 or more diagnoses and drugs) and should be used in all patients 80 years of age or older will. These target groups are mostly defined as geriatric patients.

	EURO-FORTA Class
INSOMNIA / SLEEP DISORDERS Substance/group	(original FORTA class in parentheses if different from consensus results)
Benzodiazepines, e.g. Oxazepam (medium half- life) Triazolam (very short half-life)	D D

<https://forta.umm.uni-heidelberg.de/> pour CH/A/D

- www.pimcheck.org
- HUG, en coll. avec médecins, pharmaciens suisses, français, belges et canadiens
- > 1600 médic.
- tient compte des comorbidités
- Intègre les guidelines internationales et des soc. savantes



The screenshot displays the PIMCheck interface. On the left, there is a patient profile section with a blue header 'Screeni' and a list of selected pathologies: 'DIABETE TYPE 2'. The main area shows a list of recommendations, each with a colored icon and a text description. The recommendations are as follows:

- SP** Insuffisance cardiaque : médicaments à éviter
- SP** IR : éviter ou adapter médicaments néphrotoxiques ou excrétés par le rein
- SP** HBP : médicament à éviter
- SP** IPP : réévaluer durée et posologie d'un traitement empirique
- SP** Polyarthrite rhumatoïde : éviter les corticostéroïdes au long cours
- SP** Diabète : médicaments modifiant la glycémie
- PO** Insuffisance cardiaque : démarrer bêta-bloquants appropriés*
- PO** IR : fer, EPO, et Hb cible
- PO** IR : démarrer chélateur du phosphore
- PO** Biphosphonate : modalité de prise
- PO** Diabète : adapter traitement selon HbA1c cible
- PO** Diabète type 2 : démarrer metformine en 1er intention
- PO** Vaccination antigrippale annuelle
- PO** Vaccination antipneumococcique et patients à haut risque
- IAM** Dyslipidémie : statines et IAM
- IAM** Anticoagulation et IAM
- IAM** IAM avec inhibiteurs et inducteurs enzymatiques
- AUT** Arythmie / FA : si traitement par digoxine, adapter les doses
- AUT** Anticoagulation : démarrer éducation thérapeutique

91 ans



A l'arrivée à l'hôpital

- Perindopril 4mg 1-0-0
- **Digoxine** 0,125mg 1-0-0 sauf ve-sa-di
- Sintrom selon TP
- Torasémide 2,5mg 1-0-0
- Aspirine cardio 100mg 1-0-0
- **Prednisone** 5mg 1 ½ -0-0
- **Co-Dafalgan** 1-0-1
- Simvastatine 20mg 0-0-1
- Calcium D3 sachet 1-0-1
- *Alendron* 70mg 1cp à 11 h le mardi
- **Duofer** 1-0-0
- Esoméprazole 20mg 1-0-0
- Finastéride 5mg 1-0-0
- **Flavoxate** 1-0-1
- **Térazosine** 5mg 0-0-1
- Movicol 1-0-0
- **Supradyn** 1-0-0

PIMs (Beers, ST-ST)

Toxicité si > 0,125 mg/j & IR

delirium, EI long terme

pas long terme si dlr faible-moderée

Indication?

antichol.: delirium, démence/tbles cognitifs, péjor. constip. chronique

Hypotension orthostat., bradycardie

Utile?

Nouvelle culture

Choosing wisely
2011 - USA

Smarter
medicine

Slow
medicine



Stratégie Santé 2020
Qualité des prestations
et des soins

↓ nombre de prestations, de
processus et de médicaments
inefficients et inefficaces

smartermedicine.ch

Top 5 listes
Méd. ambulatoire, hospitalière,
intensive, néphrologie, gériatrie,
...

Deprescribing Networks: ADeN, CaDeN, ...

Déprescrire: les + et les -

Avantages

Simplification du traitement

Disparition d'effets indésirables

↑ Qualité de vie

↑ Adhésion thérapeutique

↓ Coûts liés aux médic. et à la prise en charge des EI

↓ Interactions médicamenteuses

Opportunité d'une réévaluation du ttt et d'une décision partagée avec le patient

Inconvénients

Risque de récurrence des conditions médicales

Réactions de sevrage du médicament ou de rebond

Renversement d'une interaction médicamenteuse

Utilité?

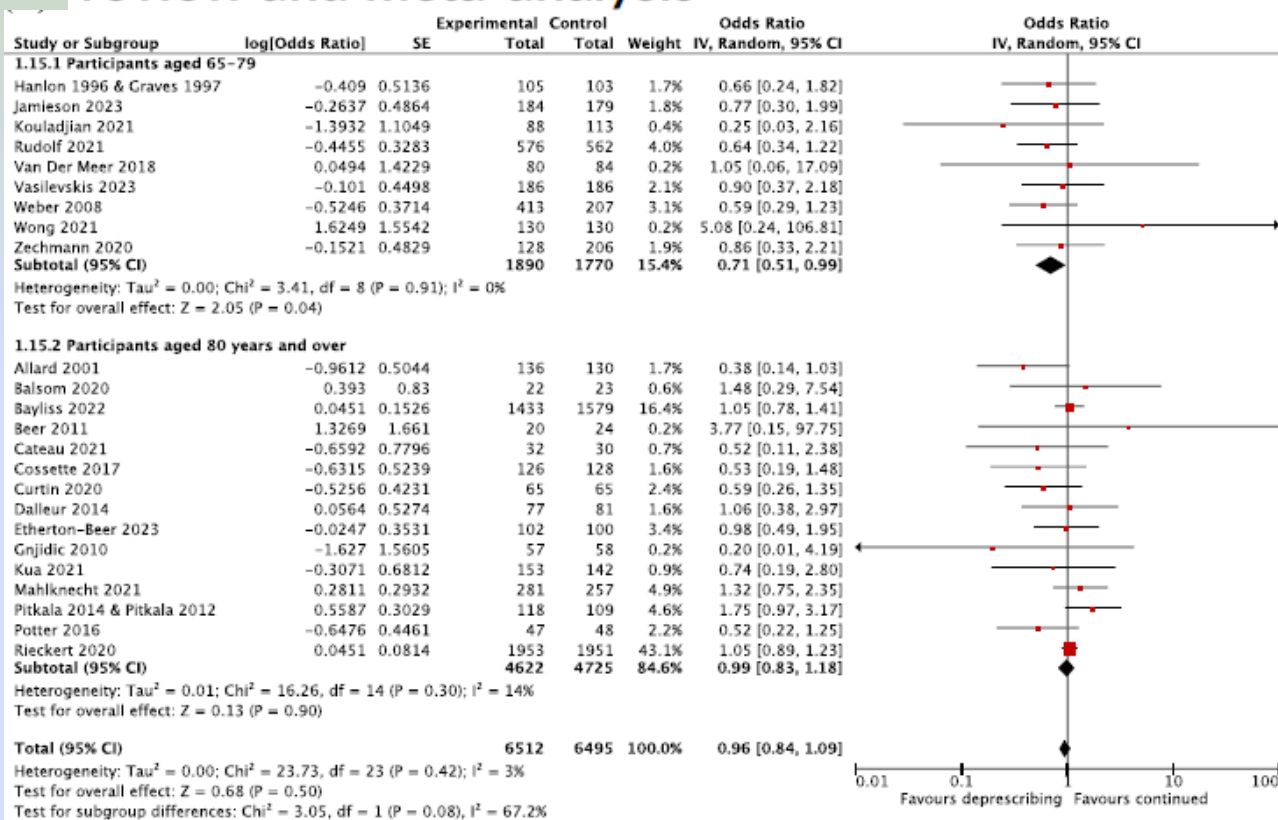
↓ **Mortalité** à 1 an (45% vs 21%) après arrêt 2,8 médic. moyenne/patient vs sans chgt ttt chez patients EMS israéliens , ↓ **transferts en soins aigus** (11.8% vs 30%), pas de différence d'EI, 18% patients avec échec d'arrêt et réintroduction du médic. (antidépresseurs, antipsych, ...)

Garfinkel et al, IMAJ, 2007, 9:430.34

↑ **PIMs stoppés** chez résidents EMS hollandais , mais pas de différence d'EI ou d'impact sur *outcomes* 2^{aires} (sympt. neuropsychiatr. , fonction cognitive, qlté de vie)

Wouters et al, Ann Intern Med, 2017, 167(9):609-17

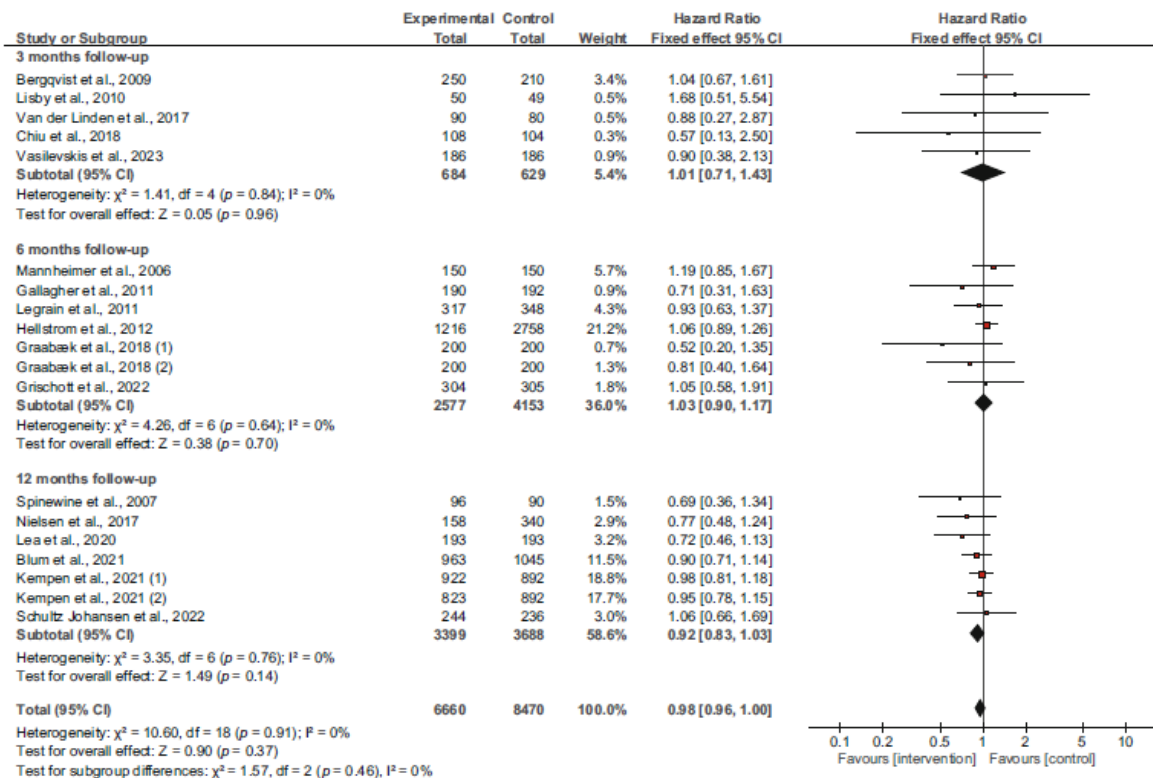
The effect of deprescribing interventions on mortality and health outcomes in older people: An updated systematic review and meta-analysis



Update 2024

- Mean follow-up duration: 15.1 +/- 12.4 mo
- Settings: community, hospitals, nursing homes
- Participants: 78.0 ± 6.7 years

Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: A systematic review and meta-analysis



Réduction significative (8%) des réadmissions hospitalières après déprescription/revue médication

Pas d'impact sur la mortalité

Diminution des ADE/ADR

- Population: 59-86 ans
- Suivi 1-40 mois après hospitalisation

Peu d'évidences de bénéfices sur les outcomes cliniques

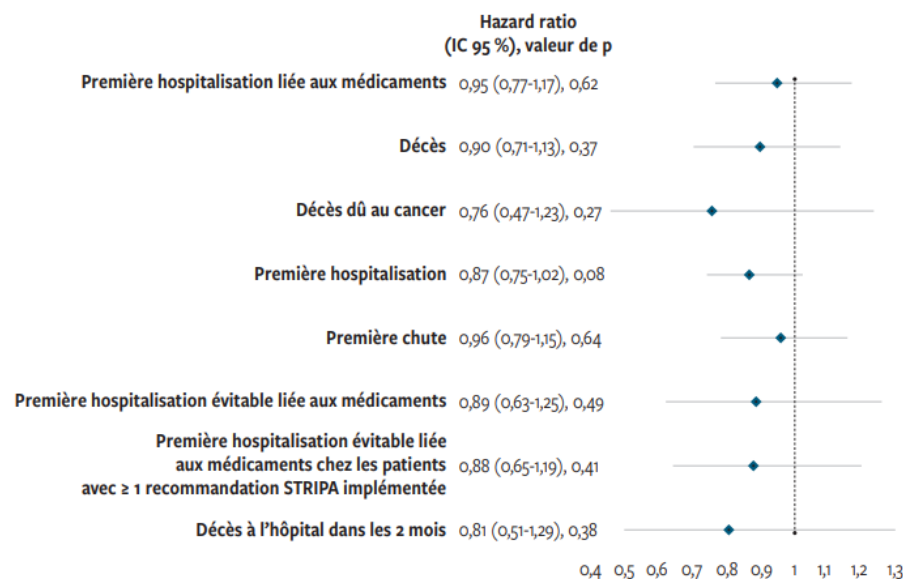
- Taille d'échantillon trop petite
- Durée du follow-up trop courte
- Dégâts causés par polymédication ou PIMs réversibles?
- Polymédication et PIMs: plutôt des marqueurs de sévérité des comorbidités que les responsables directs des dégâts associés

Déprescrire sans nuire au patient

- n=70 patients âgés ambulatoires (moyennes: 82,8 +/- 6,9 ans, 7,7 +/- 3,7 médic.)
- Algorithme des médic. à stopper
- Suivi moyen de 19 mois
- 82% (256/311) médic. stoppés (c/o 64 patients)
- 2% (6/311) médic. repris car **récurrence** de l'indication initiale
- Pas d'EI significatifs ou décès en lien avec déprescrip.
- 88% patients rapportent une amélioration de santé globale

Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial

	FIG 3	Effets de l'intervention de modifications des médicaments inappropriés	
L'étude n'a pas montré d'effet délétère de la modification des médicaments inappropriés sur les événements cliniques. STRIPA : outil digital utilisé dans OPERAM pour identifier les traitements inappropriés selon les critères START et STOPP.			



DEPRESCRIPTION

1. Anamnèse médicamenteuse exhaustive

- Chronologie (cascade?)
- Allergies médic.
- Complexité: 'fardeau' pharmacologique
- **Opinion du patient** sur ses médic. et la déprescrip.

2. Détecter les PIMs et évaluer les risques/bénéfices

- Âge, IR, interactions méd.

3. Choisir quels médic. stopper

- 1 médic. à la fois (prioriser)
- Choisir le moment (stable cliniquement)
- Chances de succès (patient, tentatives antérieures?)
- Sevrage progressif?
- Simplifier le ttt (nbre de prises, médic. combinés)

4. Planifier le retrait et le suivi

- Explications et **consentement du patient**

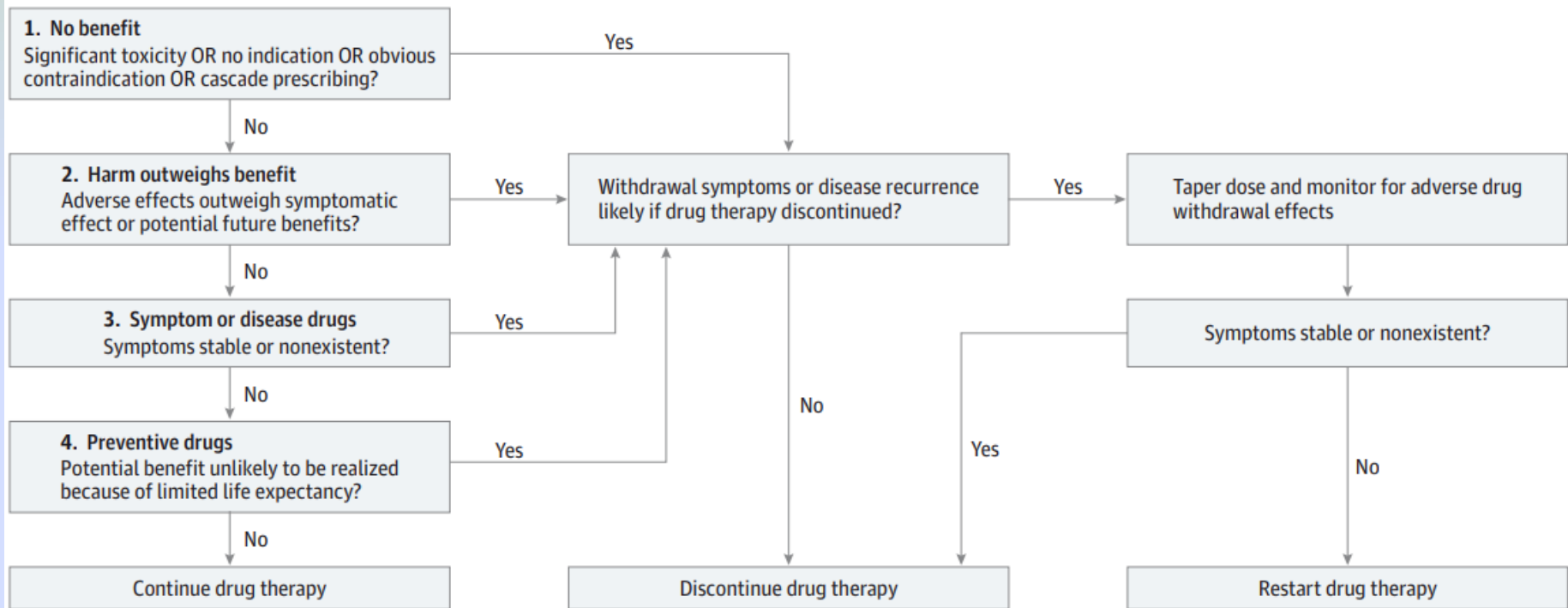
5. Retrait, suivi et soutien du patient

- Documenter, informer les autres profess. de santé

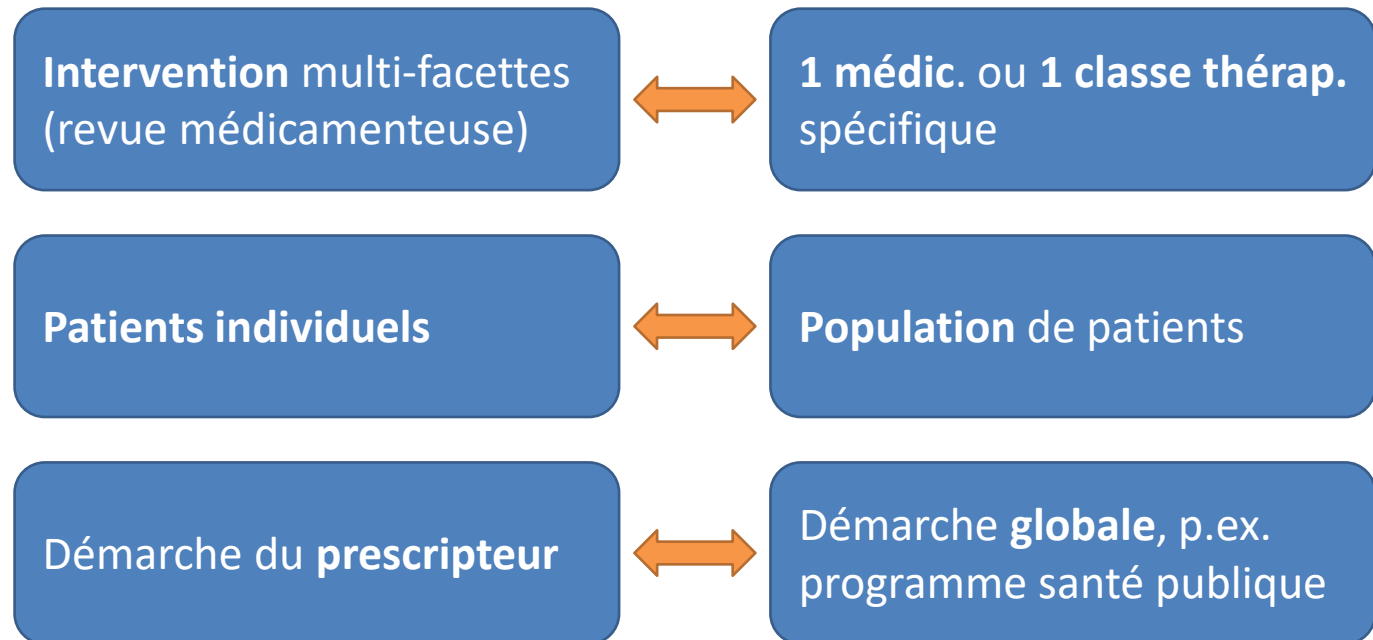


Déprescription - Outils

Figure. Algorithm for Deciding Order and Mode in Which Drug Use Could Be Discontinued



Approches



- Algorithmes & guidelines si existants
- Interdisciplinarité

Médicaments visés



Rank	Drug
#1	Benzodiazepines
#2	Atypical antipsychotics
#3	Statins
#4	Tricyclic antidepressants
#5	Proton-pump inhibitors
#6	Urinary anticholinergics
#7	Typical antipsychotics
#8	Cholinesterase inhibitors
#9	Opioids
#10	Selective serotonin reuptake inhibitors
#11	Bisphosphonates
#12	Anticonvulsants
#13	Beta-blockers
#14	Antiplatelets

Medstopper plan

Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
	quetiapine (Seroquel) / Second generation antipsychotic / agitation in dementia				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	agitation, activation, insomnia, rebound psychosis, withdrawal-emergent abnormal movements, nausea, feeling of discomfort, sweating, vomiting, insomnia – these symptoms vary somewhat depending on the specific antipsychotic	Details
	simvastatin (Zocor) / Statin / reduce CVD risk (no history of heart attack or stroke)		 CALC / NNT		Tapering not required		None

Déprescription antidépresseurs

Outils

janvier 2024 - Arrêt progressif des antidépresseurs : lignes directrices (mise à jour 2024) © CBIP

Folia Pharmacotherapeutica janvier 2024

Arrêt progressif des antidépresseurs : lignes directrices (mise à jour 2024)



[Switch antidepressants](#)
[Switch antipsychotics](#)
[Combine moodstabilizers](#)
[Benzo conversion](#)

Links

[Psychiatrienet.nl](#)
[Pharmacotherapie](#)
[Switchtabel](#)

Maintenance

[Updates Switch Tables](#)

About

Welcome to www.switchwiki.eu

Detailed information regarding:

- Switching between **antidepressants** [↗](#)
- Switching between **antipsychotics** [↗](#)
- Combining **moodstabilizers** [↗](#)
- **Benzodiazepines** conversion calculator

Déprescription antidépresseurs



Fréquences et sévérité de symptômes de sevrage	Antidépresseur
Sévère et fréquent	SNRI: (des)venlafaxine, duloxetine SSRI: paroxétine MAOi: moclobemide Autre: mirtazapine
Modérément fréquent/sévère	SSRI: (es)citalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine TCA: nortriptyline, clomipramine, imipramine, amitriptyline Autres: trazodone, milnacipran, réboxétine, bupropion
Moins fréquent/sévère	Vortioxétine, miansérine, trimipramine
Le moins fréquent/faible risque	Agomélatine

Déprescription antidépresseurs

Table 6 Preliminary tool for evaluation of risk of withdrawal for an individual patient

Determinant of withdrawal risk	Weighting
Duration of use^a	
Short term (1–6 months)	0 points
Intermediate term (6–12 months)	1 point
Long term (1–3 years)	2 points
Very long-term use (> 3 years)	3 points
Antidepressant type	
Lowest risk (e.g. agomelatine)	0 points
Low risk (e.g. fluoxetine, milnacipran, trimipramine, doxepin, dosulepin)	1 point
Moderate risk (SSRIs: citalopram, escitalopram, sertraline, vortioxetine; some TCAs: nortriptyline, clomipramine, lofepramine)	2 points
High risk (e.g. SNRIs: desvenlafaxine, duloxetine, venlafaxine; paroxetine; MAOIs: phenelzine, moclobemide; some TCAs: amitriptyline, imipramine; mirtazapine)	4 points
Dosage	
Minimum therapeutic dosage or lower	0 points
Greater than the minimum therapeutic dosage	1 point
Past experience of withdrawal symptoms	
Stopped antidepressant in past with no withdrawal symptoms/unknown	0 points
Mild to moderate withdrawal symptoms	1 point
Severe withdrawal symptoms	2 points
Very severe withdrawal symptoms	3 points

Low risk = 0 points. Medium risk = 1–3 points. High risk = 4–6 points. Very high risk = or >7 points

MAOI monoamine oxidase inhibitor, *SNRI* serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, *SSRI* selective serotonin reuptake inhibitor, *TCA* tricyclic antidepressant

^aNote that very short-term use (<4 weeks) is not normally associated with a significant risk of withdrawal

Médic. & smartermedicine.ch

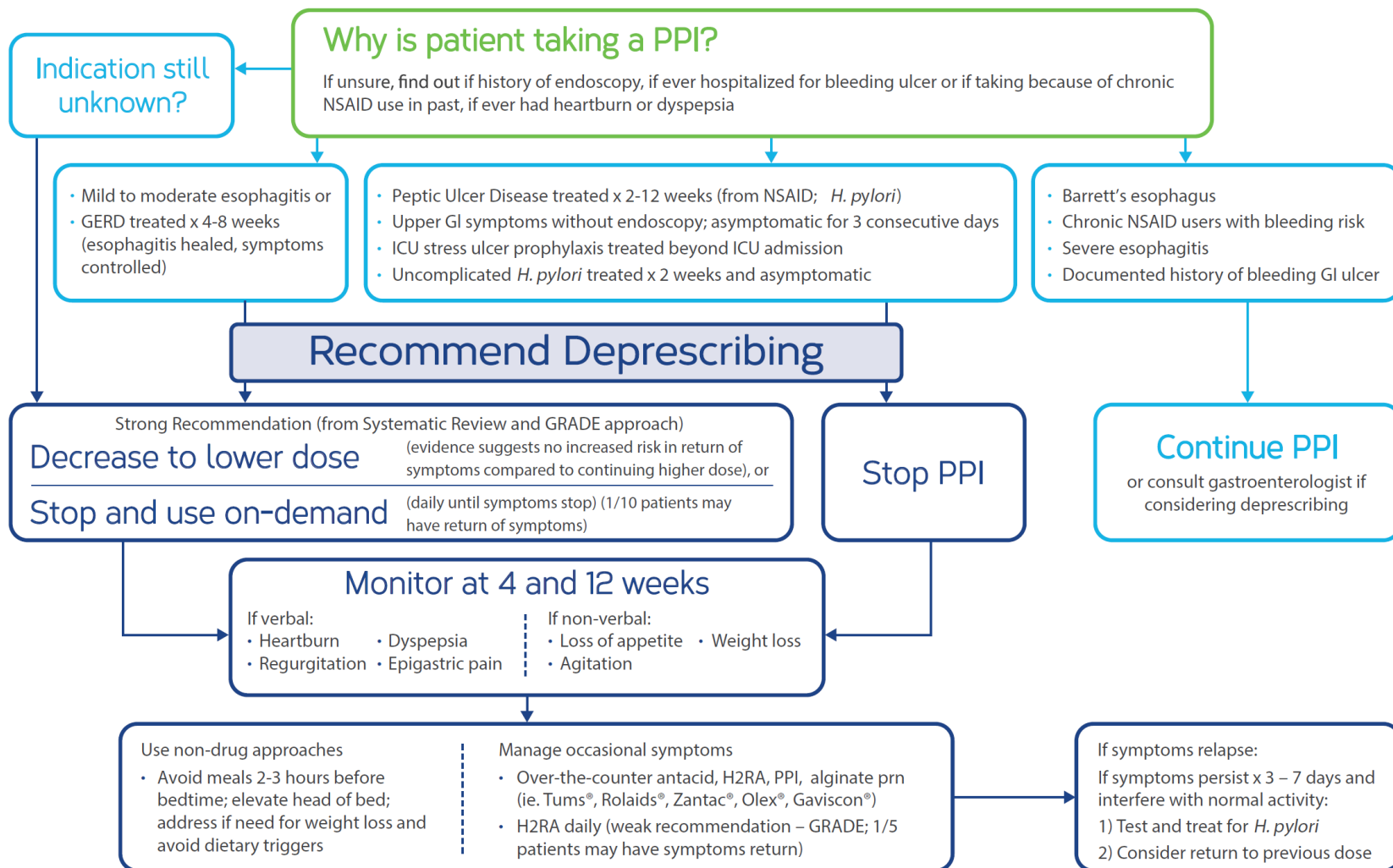
Classe thérap.	Top 5 (24) listes*	
	à éviter	dans liste de
Benzodiazépines	☹ c/o âgé avec insomnie, agitation, ECA ☹ à la sortie de l'H	Méd. int. hôpital Gériatrie
IPP à long terme	☹ en systématique aux SI ☹ à long terme à haute D	SI Méd. int. ambulatoire
Antibiotiques	☹ large spectre si pas évalué avant et pendant (désescalade) ☹ si infections v. aériennes sup. sans gravité ☹ bactériurie asympt. c/o âgé	SI Méd. int. ambulatoire Gériatrie
Antipsychotiques	☹ 1 ^{ère} intention dans démence	Gériatrie
Sulfonylurées	☹ CTR strict Glc & Hb1Ac	Gériatrie
AINS	☹ si HTA, IC, IR chronique	Néphrologie
Opioïdes	☹ sortie H chez patients naïfs	Anesth.
Antiplaquettaires	☹ En prév. Primaire	Angiologie

Guidelines



Guidelines & algorithmes

- IPP
- Hypoglycémiants
- BZD & analogues
- Antipsychotiques
- Inhibiteurs de la cholinestérase & mémantine



© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@bruyere.org or visit deprescribing.org for more information.

Farrell B, Pottier K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017;63:354-64 (Eng). e253-65 (Fr).



Déprescription - Outils

- Primary Health Tasmania



For health professionals For the community Who we are

[← Back to Resources](#)

Medication management – deprescribing

Download File:

Deprescribing fact sheet
A guide to deprescribing allopurinol
A guide to deprescribing anticholinergics
A guide to deprescribing anticoagulants
A guide to deprescribing antiepileptic drugs (AEDs)
A guide to deprescribing antihyperglycaemics
A guide to deprescribing antihypertensives
A guide to deprescribing antiplatelets
A guide to deprescribing antipsychotics
A guide to deprescribing benzodiazepines
A guide to deprescribing bisphosphonates
A guide to deprescribing cholinesterase inhibitors
A guide to deprescribing gabapentinoids
A guide to deprescribing glaucoma eye drops
A guide to deprescribing inhaled corticosteroids
A guide to deprescribing long-acting nitrates
A guide to deprescribing non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)
A guide to deprescribing opioids
A guide to deprescribing proton pump inhibitors (PPIs)
A guide to deprescribing statins
A guide to deprescribing vitamin D and calcium
Consumer resource: Managing Your Medications brochure
Consumer resource: Managing Your Medications card

Category:

Medicines

Déprescription - Outils

- Primary Health Tasmania

A GUIDE TO
deprescribing

phn
TASMANIA
An Australian Government Initiative

primary
health
TASMANIA

CPs Experts in Medicines
CONSULTANT
PHARMACY SERVICES

STATINS

KEY POINTS

Statins are effective for secondary prevention of coronary, cerebro and peripheral arterial disease, although no specific studies exist for patients over the age of 80 years. Annualised numbers needed to treat for secondary prevention are in the 50-80 range

Statins are considerably less effective for primary prevention of cardiac and cerebral events, with annualised numbers needed to treat in the order of 150-300 for patients over 65 years.

The mortality benefit of statins is diminished if non-cardiovascular mortality is high.

Adverse effects are related to dose and are more frequent in patients with interacting drugs or patients taking higher doses.

The majority of the reduction of LDL seen with all available statins is achieved at the minimum dose. There is incremental benefit in absolute risk reduction with higher doses.

CONTEXT

This guide considers the use of HMG-CoA Reductase inhibitors (statins) in the context of reducing the risk of vascular events in older people.

BENEFIT VERSUS HARM

	Favours Continuing Medication	Favours Deprescribing Medication
Main Benefits	Increased Benefit - Higher cardiovascular risk (usually secondary prevention) - Presence of Type 2 Diabetes in patients less than 85 years of age	Decreased Benefits - Low cardiovascular risk (primary prevention) - Limited life expectancy due to comorbidities (dementia, heart failure, airways disease, malignancy)
Main Harms	Reduced Harms Use of low doses	Increased Harms - Preexisting liver disease - Presence of diabetic risk factors - Presence of interacting medications (e.g. fibrates, macrolides, diltiazem, verapamil)

Cochrane - outils



Access provided by: Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) and partners

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Review language: Français website language: English Sign in

Title Abstract Keyword

Browse

Advanced search

Cochrane reviews ▾

Searching for trials ▾

Clinical Answers ▾

About ▾

Help ▾

About Cochrane ▶

Cochrane Special Collections

Achieving sustainable healthcare through deprescribing of unnecessary medications: making sense of the evidence

7 juillet 2022

[Collapse all](#) [Expand all](#)



People are living longer, have multiple chronic conditions, and are taking multiple concurrent medications (polypharmacy). Overtreatment with inappropriate or unnecessary polypharmacy can be problematic in any patient. One approach to mitigate overtreatment with polypharmacy is through deprescribing. Deprescribing is the process of identifying and discontinuing (or dose reducing) medications in which potential harms outweigh potential benefits within the context of an individual patient's care goals, function, values, and preferences. In recent years, research into deprescribing has expanded rapidly, and this has greatly enabled efforts to implement deprescribing

into clinical practice.

This Cochrane Library Special Collection provides an overview of Cochrane Reviews that have attempted to summarize the potential benefits and harms of deprescribing specific medications as well as to inform how to implement deprescribing across different settings and populations. These reviews highlight that deprescribing is likely feasible and safe and can lead to benefits in prescribing and clinical outcomes. However, they also highlight significant gaps in the literature and methodological challenges to both conducting deprescribing studies and systematic reviews of deprescribing.

This Collection is part of a series. See also De-implementation of low-value health care: resource prioritization in the COVID-19 pandemic era.

Cochrane Reviews of deprescribing of specific medication classes ▲



Print



Share



Email

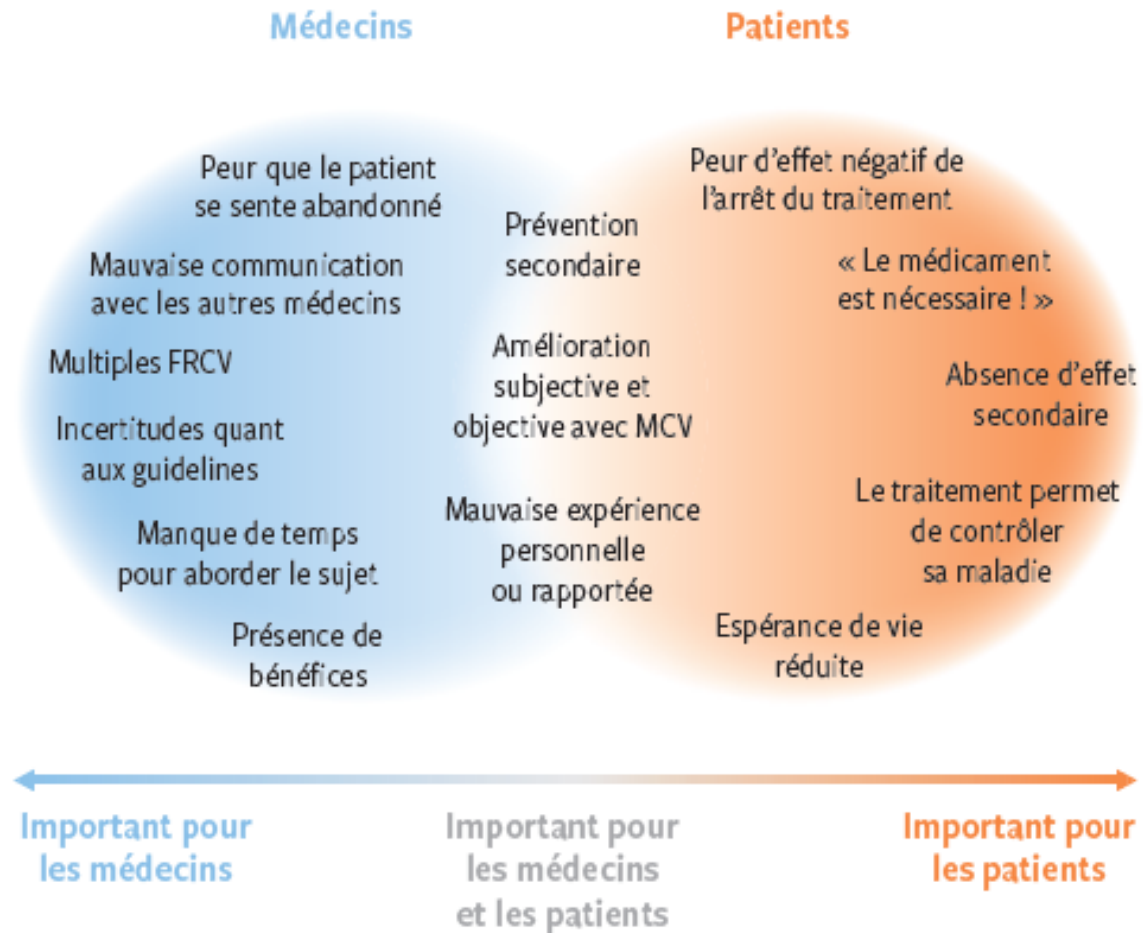
Cochrane Reviews of deprescribing of specific medication classes

Cochrane Reviews of interventions to achieve deprescribing specific medication classes

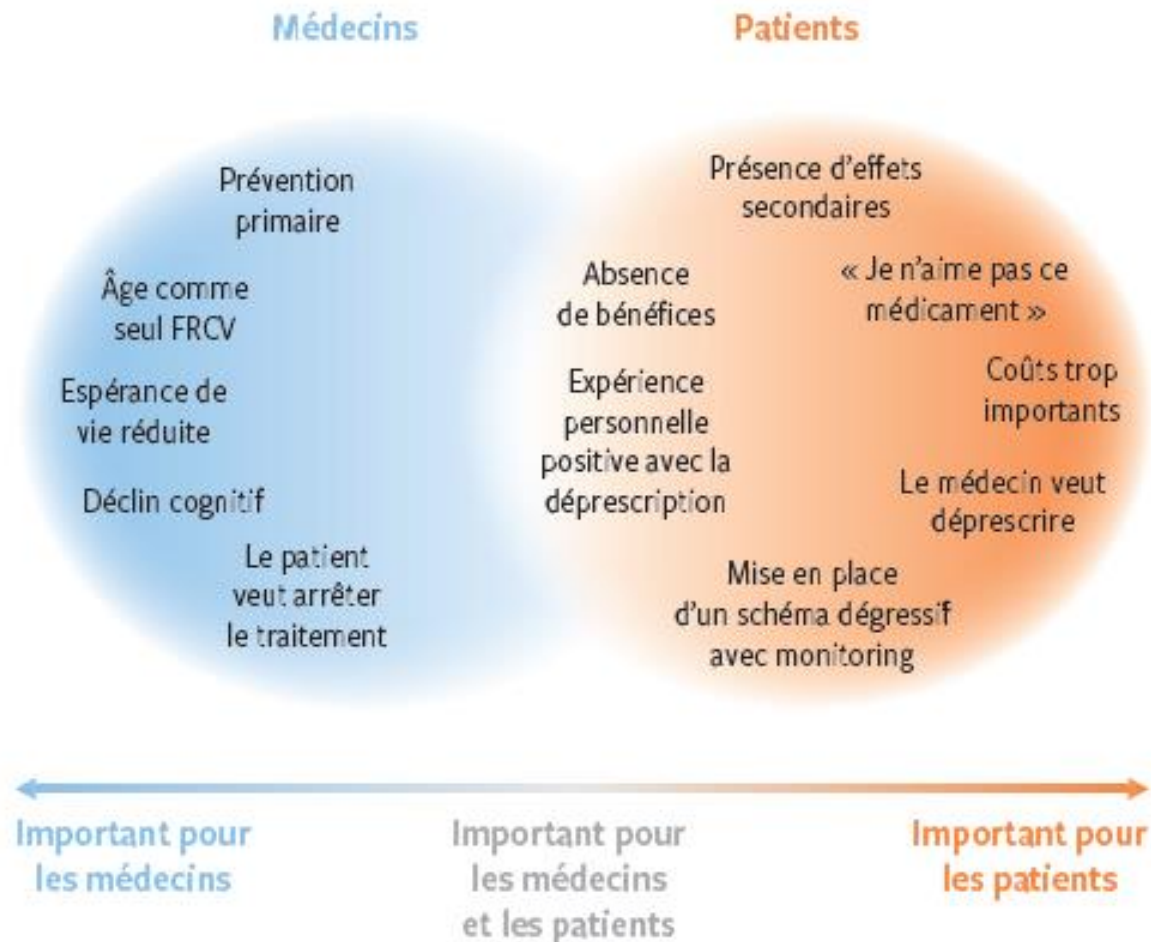
Cochrane Reviews of interventions which include deprescribing activities as part of reducing polypharmacy or improving appropriateness of medication use

[About this Special Collection](#)

Déprescription: barrières



Déprescription: aspects facilitateurs



Réussir à déprescrire

« Cela fait des années que je prends ces médicaments, pourquoi devrais-je changer? »

- Physiologie & âge
- PIMs
- Syndrome gériatrique
- Interactions médic.



LESS IS MORE

Educational Brochures for Deprescribing

Timothy S. Anderson, MD, MAS

JAMA Internal Medicine November 2024 Volume 184, Number 11

91 ans



IA

A l'arrivée à l'hôpital

- Perindopril 4mg 1-0-0
- **Digoxine** 0,125mg 1-0-0 sauf ve-sa-di
- **Sintrom** selon TP
- Torasémide 2,5mg 1-0-0
- **Aspirine cardio** 100mg 1-0-0
- Prednisone 5mg 1 ½ -0-0
- Co-Dafalgan 1-0-1
- **Simvastatine** 20mg 0-0-1
- **Calcium** D3 sachet 1-0-1
- **Alendron** 70mg 1cp à 11 h le mardi
- Duofer 1-0-0
- **Esoméprazole** 20mg 1-0-0
- Finastéride 5mg 1-0-0
- Flavoxate 1-0-1
- Térazosine 5mg 0-0-1
- **Movicol** 1-0-0
- Supradyn 1-0-0

Risques

↑ Mortalité

Saignements

Ostéoporose

- Fractures
- Pneumonie
- *Cl. difficile*
- Déficit B12
- HypoMg
- ...

Take home message

- ↓ nombre de médicaments n'est pas le but en soi
- Déprescrire pour **moins d'effets néfastes** et pour de **meilleurs *outcomes***
- Remettre en question le traitement médicamenteux du patient **avec sa participation** tout au long de son parcours clinique, y compris à la sortie de l'hôpital
- Opportunité d'une approche interdisciplinaire
- Impacts à long terme de la déprescription: à suivre



PHARMACIE INTERHOSPITALIÈRE DE LA CÔTE (PIC)

La Pharmacie Interhospitalière de la Côte (PIC) assure l'approvisionnement en médicaments de plusieurs hôpitaux, cliniques, centres médicaux et EMS de la Côte vaudoise.

En plus de cette mission, elle propose à ses partenaires :

- des visites cliniques
- des analyses de dossiers
- une assistance pharmaceutique

Elle répond ainsi annuellement à plus de 3000 questions des médecins et services des hôpitaux partenaires.

NOUVEAUTÉ : ASSISTANCE PHARMACEUTIQUE AMBULATOIRE

Dès à présent, avec un soutien de la Direction Générale de la Santé du canton de Vaud, les pharmaciens cliniciens de la PIC se tiennent à la disposition des professionnels de santé (médecins, pharmaciens) pour répondre à vos demandes d'analyse de médication.

**Tous les jours (lun-ven) :
8h00 - 12h00 / 13h00 - 17h00**



infomedic@ehc.vd.ch



+41 (0)79 582 37 38



www.pharmpic.ch



Adéquation du
traitement



Aide à la
déprescription



Revue de
traitements



Effets
indésirables



Interactions
médicamenteuses



Adaptations
posologiques

RÉDUIRE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS

Réduire l'utilisation des médicaments présente des avantages majeurs pour la santé et l'environnement. Cela diminue le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires chez les patient-es, mais aussi la contamination des écosystèmes, notamment aquatiques.¹ En questionnant chaque prescription, on contribue à une meilleure qualité de vie et des soins, ainsi qu'à la préservation de l'environnement.

34%

des assurés suisses de plus de 65 ans ont reçu une prescription de médicament potentiellement inappropriée en 2019.²

32 000

hospitalisations en Suisse par an sont dues aux effets indésirables des médicaments.³

60 tonnes

de médicaments sont retrouvées dans le Lac Léman.

L'impact environnemental de la production et de la consommation de médicaments équivaut à l'impact des transports terrestres, selon des évaluations faites dans certains pays européens (France, Grand Bretagne).

Comment réduire la consommation des médicaments ?
L'exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), communément utilisés pour limiter la fièvre, l'inflammation et les douleurs.

BON À SAVOIR

Pour soulager les douleurs, des alternatives non médicamenteuses existent : physiothérapie, application de chaud/froid, ostéopathie, acupuncture, (auto)hypnose.⁴

BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ

Réduire la consommation d'AINS permet d'éviter leurs effets secondaires : douleurs abdominales, problèmes cardiovasculaires et rénaux.⁵

Les AINS interagissent avec beaucoup de médicaments (par ex. anticoagulants, antidépresseurs) en augmentant ou diminuant leurs effets.⁵ Réduire leur consommation, c'est éviter ces interactions indésirables.

BÉNÉFICES POUR L'ENVIRONNEMENT

Diminuer la consommation des AINS permet par exemple d'éviter la pollution de l'eau, car ils sont une cause d'intoxication du foie des poissons et de déclin de la population de rapaces par sensibilité rénale.¹

En diminuant la consommation de médicaments, on diminue la pollution des eaux et on évite le gaspillage.¹

LA PRESCRIPTION DURABLE

- Éviter les prescriptions inutiles.
- Reconsidérer la prescription de chaque médicament.
- Trouver des alternatives aux traitements médicamenteux.
- Pour les médecins : utiliser davantage les recommandations smarter medicine (www.smartermedicines.ch) et les critères START/STOP.⁶

Quand aborder la question de la déprescription ou de la réduction des AINS

Lors de chaque renouvellement d'ordonnance ou introduction d'un nouveau médicament. Pour les AINS : notamment en cas de douleur chronique et/ou aiguë, lors de consultations pour un état grippal ou une virose.

RÉFÉRENCES

1. Serin N, Galie M, del Rio C, et al. Gaspillage des médicaments en Suisse : vers une nouvelle approche globale. Edition RMS, 2022. Pour télécharger : www.rms.ch/fr/gaspillage

2. Valton M, et al. Utilisation de médicaments potentiellement inappropriés dans le canton de Vaud et comparaison internationale. Université de Lausanne, 2019.

3. Bessler PE, et al. Hospitalizations Related to Adverse Drug Reactions in Switzerland, 1999-2009. *Pharmaceuticals*. 2014;7(1):1-10.

4. Autres moyens pour gérer la douleur : CHUM [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.chum.ch/ontologies/calculatrice/autres-moyens-pour-gerer-douleur>

5. Bourdieu F, et al. Anti-inflammatoires non stéroïdiens : mise au point pour la pratique. *Rev Med Suisse*. 2012;8(365):375-40.

6. Lang PO, et al. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères START/STOP. *Rev Med Suisse*. 2019;15(424):25-33.



Références

- 
- ¹ Médecine & Hygiène, 'Gérontologie' n°2505, 17.11.2004
 - ² British National Formulary, 50^{ème} Ed., Ed. London British Medical Association and Royal Pharmacaetical Society of Great Britain, 2005
 - ³ L. Mallet & al., Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie, Ed. Les presses de l'Université Laval, 2004
 - ⁴ PSAP V, Psychiatry, Geriatric psychiatry, p.153-157, Geriatry, Falls prevention, p. 1-15
 - ⁵ Compendium Suisse des Médicaments
 - ⁶ Bases de la thérapeutique médicamenteuse, T. Buclin *et al.*, Ed. Documed, 2005
 - ⁷ Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé, juin 2005, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
 - ⁸ Cours de pharmacogériatrie, D. Villaneau, pharmacien, Service de gérontopharmacologie clinique HOGER, Genève, 7.11.2004 (Pharmacie de Copet, Vevey)
 - ⁹ PSAP V, Psychiatry, Geriatric psychiatry, p.153-157, Geriatry, Falls prevention, p. 1-15
 - ¹⁰ G. Racagni *et al.*, in: Pharmacology of anxiolytic drugs, Ed. Hogrefe & Huber, Seattle, 1997
 - ¹¹ M. Maillard, Cours GPHR pour les APH 'Introduction à la néphrologie, Morges, 18.11.2004
 - ¹² Médicaments pour les patients âgés, The Medical Letter, Vol. 28 (4), 10.2. 2006

Références

- 
- ¹³ Drugs for the Elderly, 2nd Ed., WHO regional publications, european series n°71, 1997
- ¹⁴ C. Mazzocato et al. Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu! Revue Médicale Suisse 2013 ; 9 : 1026-31
- ¹⁵ J. Bergeron et al. Principes de la pharmacothérapie en gériatrie : illustration à l'aide d'un cas de patient. Pharmactuel vol. 41 suppl 1, sept 2008.
- ¹⁶ M. Herr et al. Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a french sample of 2350 old people. Pharmacoepidemiol. and drug safety, 2015, doi;10.1002/pds.3772
- ¹⁷ Chutes à l'hôpital: quels médicaments sont en cause? O. Eberhardt et al, travail de certificat FPH en pharmacie clinique, PIC, 3.2014
- ¹⁸ Koski K et al., Physiological factors and medications as predictors of injurious falls by elderly people: a prospective population-based study. Age and ageing 1996, 25:29-38.
- ¹⁹ Hubbard RE et al., Medication prescribing in frail older people. Eur J Clin Pharmacol, 2013, 69: 319-26
- ²⁰ Golchin N et al., Polypharmacy in the elderly. J Res Pharm Pract, 2015, 4(2): 85-8
- ²¹ Vers une prise en charge efficace des âgés, présentation Prof. L. Mallet & G. Bertrand, 2014
- ²² The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. JAGS 2012
- ²³ O'Mahony A et al, STOPP & START criteria, Eur Geriatric Med, 2010, 1, 45-51
- ²⁴ O'Mahony A et al, STOPP & START criteria, Age and ageing, 2015, 44, 213-18