

La déprescription



Dr Martin Moisan*,
médecin généraliste,
Kanesatake Health
Center



**Dre Cara
Tannenbaum***,
gériatre, Institut
universitaire de
gériatrie de Montréal

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Apprendre le processus de déprescription pour réduire certains médicaments de façon sécuritaire, lorsque cela est indiqué.
- Déprescrire de façon sécuritaire les benzodiazépines chez les personnes âgées afin d'éviter les effets indésirables.
- Utiliser plus rigoureusement les antidépresseurs dans le traitement de la dépression et envisager d'autres approches thérapeutiques.

CAS CLINIQUE

Mme Léveillé, 72 ans, souffrant d'insomnie, prend du lorazépam (1 mg H.S.) depuis le décès de son mari il y a 12 ans. Elle rapporte avoir chuté il y a deux semaines. Elle a perdu l'équilibre, est tombée et s'est fracturé le poignet. Une discussion s'ensuit sur la prévention des chutes et des fractures. Cette situation est l'occasion idéale de discuter de la déprescription de sa benzodiazépine.



La déprescription est un processus de planification visant à réduire ou à arrêter les médicaments qui n'ont plus d'effets bénéfiques ou qui peuvent être nuisibles. Le but est de réduire le fardeau lié aux médicaments tout en améliorant la qualité de vie. L'implication des patients et des professionnels de la santé, incluant les médecins de famille et les pharmaciens, est nécessaire à la gestion des médicaments, tout particulièrement chez les personnes âgées.

INTRODUCTION

Les personnes de 65 ans et plus constituent une population polymédicamentée en raison notamment de problèmes de santé chroniques et multiples¹. On estime qu'au moins deux Canadiens sur trois de plus de 65 ans prennent cinq médicaments différents ou plus par jour². Alors que 20 % des aînés de 65 à 74 ans prennent 10 médicaments ou plus par jour, ce pourcentage grimpe à 32 % chez les

ainés de 75 à 84 ans, et il atteint près de 40 % chez les 85 ans et plus².

Avec l'âge, certains médicaments deviennent inutiles, voire nuisibles, à cause des effets secondaires à court et à long termes, des interactions médicamenteuses et des hospitalisations liées aux médicaments. On parle alors d'ordonnances potentiellement inappropriées. On considère qu'il est inapproprié de prescrire un médicament chez les personnes âgées

lorsque le risque d'effets indésirables est élevé, l'efficacité, douteuse, ou lorsqu'il existe des thérapies alternatives plus sécuritaires³. Au Canada, 31 % des femmes et 42 % des hommes de 65 ans et plus reçoivent au moins une ordonnance inappropriée, et ces pourcentages grimpent respectivement à 39 % et 47 % après 85 ans⁴. La proportion est similaire au Québec⁵.

Selon l'Enquête sur la santé des aînés, réalisée au Québec, les per-

sonnes âgées qui prennent des médicaments potentiellement inappropriés ont tendance à avoir un revenu plus faible et un état de santé physique et mental précaire – au moins trois diagnostics de maladies chroniques –, à se présenter à l'urgence et à être hospitalisées plus fréquemment en raison d'interactions médicamenteuses⁶.

De plus, la polypharmacie contribue à augmenter notamment les syndromes gériatriques (chutes, incontinence urinaire, déficiences cognitives)^{7,8} et le nombre d'ordonnances potentiellement inappropriées chez les personnes âgées^{9,10}. Une étude a établi un risque de 13 % lorsqu'il y a prise de

deux médicaments, de 38 % pour quatre médicaments et de 82 % pour sept médicaments ou plus¹¹. Certains médicaments inappropriés, tels que les benzodiazépines, peuvent augmenter de 50 % le risque de chutes, en raison de leurs effets secondaires, tels que les problèmes de concentration, d'équilibre, ou d'étourdissement^{6,12}. Or, les coûts directs (p. ex., coûts des médicaments) et indirects (p. ex., frais d'hospitalisation attribuables aux chutes) liés à la prise de médicaments constituent un fardeau financier important pour le système de santé. Ces sommes pourraient être réduites par une diminution

Suite à la page 22

* Le Dr Martin Moisan est médecin généraliste au Kanesatake Health Center, près d'Oka, dans la région des basses Laurentides. Il est aussi praticien en massothérapie. De plus, il est l'auteur de quelques livres, dont celui intitulé Réunir, pour mieux soigner! Pour plus d'information à son sujet, vous pouvez visiter son site Web à l'adresse suivante : www.martinmoisan.com.

* La Dre Cara Tannenbaum est gériatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle est titulaire de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement, Université de Montréal, et directrice du Réseau canadien pour la déprescription. Pour en savoir davantage à son sujet, veuillez visiter sa page Web : <http://www.criugm.qc.ca/fr/chercheurs/directeurs/63-cara-tannenbaum.html>.

Suite de la page 21
du taux d'ordonnances inappropriées chez les personnes âgées.

LA DÉPRESCRIPTION, C'EST QUOI ?

La déprescription est la réduction ou l'arrêt sécuritaire de certains médicaments. Il s'agit d'un élément essentiel en matière de prescription, car il peut arriver que la dose d'un médicament soit trop forte, que la durée de traitement soit trop longue, ou que le médicament ne soit plus nécessaire ou efficace.

CRITÈRES IMPLICITES ET EXPLICITES

Il existe différents critères pour déterminer l'usage approprié d'un médicament; ils sont catégorisés en critères explicites et implicites. Les critères explicites font référence à la nature appropriée de la prescription au regard du médicament ou des maladies concomitantes du patient. Ils pointent généralement vers un médicament ou une maladie, et mettent le plus souvent l'accent sur les médicaments à éviter. Les critères de Beers sont les plus utilisés pour mesurer les médicaments potentiellement inappropriés³, et les critères STOPP gagnent en popularité¹³.

En ce qui concerne les critères implicites, ils reposent sur le jugement clinique. Les plus couramment utilisés sont inclus dans le Medical Appropriateness Index (MAI) qui évalue le caractère approprié des ordonnances selon 10 éléments : l'indication, l'effica-

cité, la dose, les conseils théoriques, les conseils pratiques, les interactions médicamenteuses, les interactions médicament-maladie, le dédoublement, la durée et le coût. Chaque médicament reçoit un score et la somme de ces scores donne un score total¹⁴.

UNE SOLUTION : LA DÉPRESCRIPTION

La prescription de médicaments potentiellement inappropriés affecte près de 40 % des personnes

professionnels de santé, tels que le médecin et le pharmacien, dans la réduction du taux de prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés¹⁷. Toutefois, plusieurs barrières viennent limiter la pratique de la déprescription, telles que les préoccupations du patient ou de la famille, de même que les inquiétudes et les doutes du médecin^{18,19}.

La déprescription peut être souhaitable pour éviter des effets indésirables et ainsi améliorer la san-

réurrence de symptômes qui étaient traités par le médicament cessé. Pour ces raisons, elle doit être supervisée par un médecin et un pharmacien.

Plusieurs éléments doivent être pris en considération dans le processus de déprescription, dont la détermination de la cause principale du problème médical. Par exemple, il faut cerner si les inhibiteurs de la pompe à protons ont été prescrits pour le reflux gastro-oesophagien ou pour un saigne-

dente²⁵ pouvant être utilisés dans un contexte de déprescription. Nous illustrerons leur importance dans un contexte de déprescription des benzodiazépines et des antidépresseurs.

LES BENZODIAZÉPINES

Les benzodiazépines et les autres types de sédatifs-hypnotiques, tels que les « Z-drugs », ne sont plus recommandés pour traiter l'insomnie chez les personnes âgées et sont considérés comme inappropriés³.



« De nombreuses études cliniques randomisées ont montré l'importance de l'implication des professionnels de santé, tels que le médecin et le pharmacien, dans la réduction du taux de prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés. »

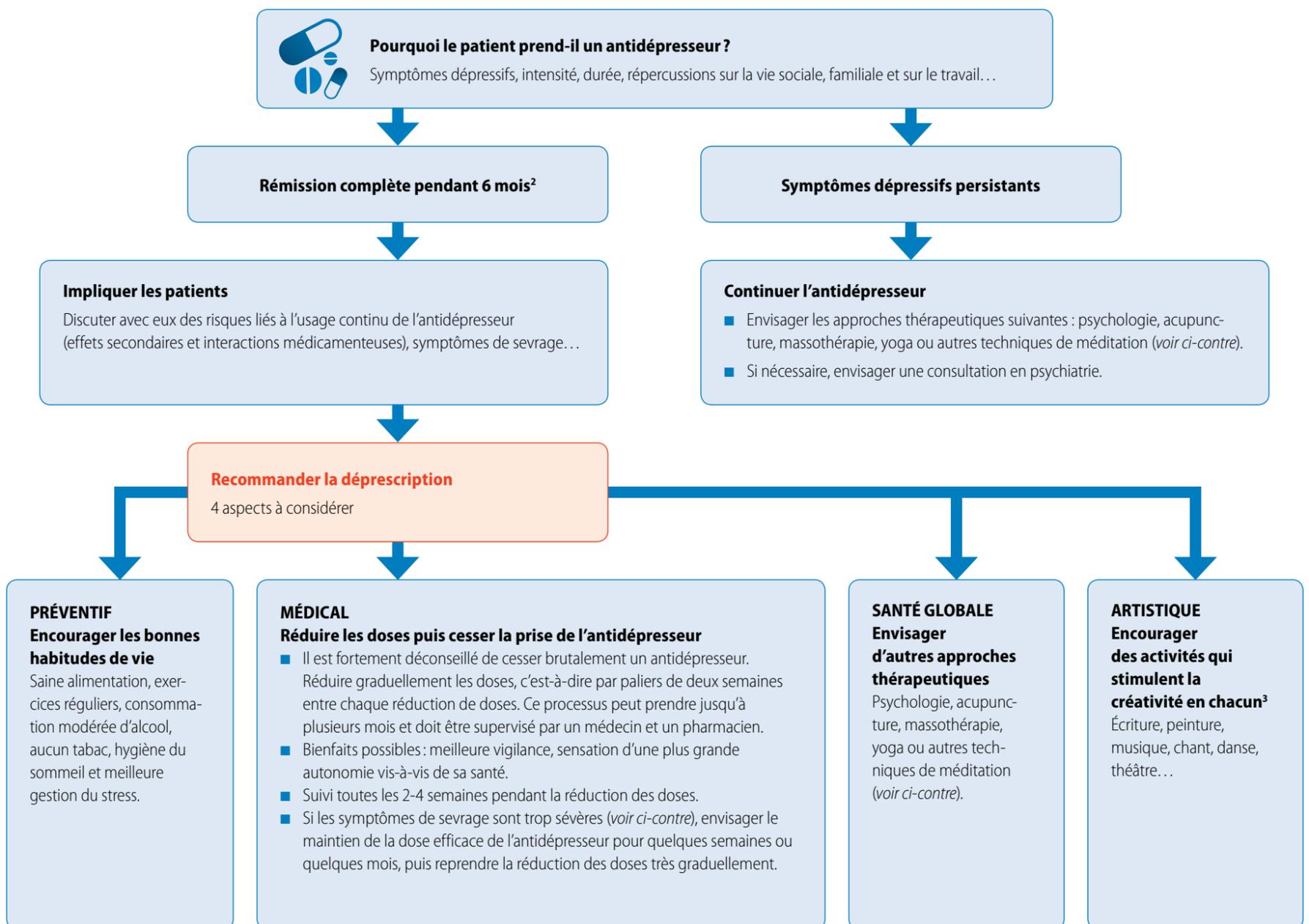
âgées vivant dans la communauté au Canada¹⁵. On rapporte que, lors de leur congé de l'hôpital, 44 % d'entre elles repartent avec au moins une ordonnance potentiellement inappropriée¹⁶. Face à cette situation préoccupante, la déprescription s'impose comme solution. De nombreuses études cliniques randomisées ont montré l'importance de l'implication des

professionnels de santé, tels que le médecin et le pharmacien, dans la réduction du taux de prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés¹⁷. Toutefois, plusieurs barrières viennent limiter la pratique de la déprescription, telles que les préoccupations du patient ou de la famille, de même que les inquiétudes et les doutes du médecin^{18,19}.

ment intestinal dû aux AINS. Il faut aussi considérer la persistance des symptômes, les effets indésirables possibles et anticipés, les traitements alternatifs non pharmacologiques, l'arrêt soudain ou le remplacement par d'autres médicaments, ainsi que les préférences du patient²⁴. Ces éléments constituent en fait les principes de Schiff pour une pharmacothérapie pru-

Selon les données actuelles, en plus de causer des problèmes de mémoire, des chutes, des fractures et des accidents de véhicules motorisés^{26,29}, les sédatifs-hypnotiques comptent pour un nombre substantiel des visites évitables à l'urgence et des admissions à l'hôpital³⁰. Même une consommation épisodique est associée à des préjudices. Il a été démontré qu'une utili-

Algorithme de déprescription des antidépresseurs¹



sation à vie de 90 doses de benzodiazépines – ce qui équivaut à deux fois par semaine pendant un an – augmente le risque de démence et double le risque de mort³¹. Le risque de fracture de la hanche est plus important au cours des deux premières semaines de la thérapie, augmente avec la dose et est concomitant avec l'utilisation d'autres médicaments agissant sur le système nerveux central³².

Les patients ne sont pas sensibilisés aux risques d'une consommation chronique de benzodiazépines³³. Les informer sur les données récentes de la recherche peut susciter leur désir d'arrêter. Les données probantes de niveau I figurant dans l'étude randomisée EMPOWER établissent que l'éducation du patient est une méthode efficace pour favoriser la réduction de benzodiazépines¹⁰.

PREMIÈRE ÉTAPE

La première étape pour arrêter les benzodiazépines consiste à obtenir l'acceptation du patient quant à un plan de déprescription. Utilisez l'entrevue motivationnelle pour trouver une bonne raison d'arrêter. Dans le cas de la patiente de 72 ans décrit ci-haut, le sevrage de lorazépam est une intervention destinée à prévenir une future chute et le risque de fracture. D'autres patients se plaindront de pertes de mémoire, ce qui est une autre bonne raison d'arrêter les benzodiazépines.

De plus, discutez des thérapies alternatives disponibles, telles que la

thérapie cognitivo-comportementale, et de leurs avantages. Expliquez que cette thérapie est efficace de manière équivalente aux benzodiazépines et induit une meilleure qualité de sommeil à long terme³⁴. Utilisez l'algorithme de déprescription pour les benzodiazépines afin de vous guider dans cette prise de décision. Vous le trouverez à <http://www.open-pharmacy-research.ca/wordpress/wp-content/uploads/deprescribing-algorithm-benzodiazepines-fr.pdf>.

DEUXIÈME ÉTAPE

La seconde étape est de discuter du plan de sevrage. Abordez avec votre patient la durée du sevrage et les symptômes associés, habituellement légers et passagers, et pouvant durer de quelques jours à quelques semaines. Remettez-lui le programme de sevrage EMPOWER (disponible à la page 11 de la brochure éducative sur les benzodiazépines : <http://www.criugm.qc.ca/fichier/pdf/benzodiazepinesFRA.pdf>). Ce programme permet un sevrage progressif sur quatre à cinq mois. Offrez aux patients des ressources sur la thérapie cognitivo-comportementale, telles qu'un journal de sommeil et un guide éducatif (disponibles sur http://www.criugm.qc.ca/fichier/pdf/Brochure_sommeil.pdf) ou une application en ligne (www.sleepwelns.ca).

L'IMPORTANCE DU SUIVI

Il convient enfin de planifier un suivi régulier dans les premières se-

maines du sevrage. Évaluez l'obtention des bienfaits attendus, incluant la vigilance, la cognition et la réduction de la sédation diurne, ainsi que les symptômes de sevrage, tels que l'insomnie, l'irritabilité, la sudation et les symptômes gastro-intestinaux. Offrez des conseils sur les comportements liés au sommeil. Par exemple, aller se coucher seulement quand on a sommeil, ne pas faire de sieste dans la journée, éviter la caféine en après-midi ainsi que l'exercice physique modéré à intense dans les deux heures précédant le coucher.

Ne pas remplacer la benzodiazépine par la trazodone, la quétiapine ou une autre « Z-drug ». Les patients sont souvent rassurés de savoir que l'architecture normale du sommeil change avec l'âge et que les adultes peuvent dormir moins d'heures chaque nuit et se réveiller plus souvent tout en se sentant reposés le matin³⁵.

Pour de plus amples informations sur la déprescription et les outils et ressources pour les professionnels de la santé et les patients, visitez le site Web <http://deprescribing.org/fr/> ou inscrivez-vous aux infolettres du Réseau canadien pour la déprescription à <http://deprescribing.org/fr/news/>.

LES ANTIDÉPRESSEURS

En 2010, selon l'article « Antidépresseurs, nouveau record au Québec, 13 millions d'ordonnances », publié dans le *Journal de Montréal*, les Québécois consommaient 36 % des antidépresseurs au pays, alors

qu'ils représentaient 23 % de la population canadienne. En 2013, chez les personnes ayant une assurance médicaments à la Régie d'assurance maladie du Québec (soit près de la moitié de la population du Québec), le pourcentage de personnes prenant un antidépresseur était de 13,7 %, soit près d'une personne sur sept. De plus, selon l'article « Explosion du nombre des prescriptions d'antidépresseurs aux aînés », paru sur le Web le 26 septembre 2016 dans le *Journal de Montréal*, le nombre d'ordonnances d'antidépresseurs rédigées en faveur des aînés québécois a augmenté de 56 % en seulement cinq ans.

Au cours des dernières années, les ordonnances de médicaments pour le traitement de la dépression ont donc augmenté de façon considérable au Québec, au point où notre province est devenue l'endroit au Canada où l'on consomme le plus d'antidépresseurs. Pourrait-on utiliser de façon plus rigoureuse ces médicaments, en considérant d'autres options thérapeutiques, et ce, afin d'éviter les effets indésirables de l'usage à long terme (interactions médicamenteuses, effets secondaires, accoutumance psychologique, etc.)?

Dans le cas de la prise d'un antidépresseur, s'il y a rémission complète des symptômes dépressifs pendant six mois, un sevrage pro-

gressif peut être envisagé. Voir ci-joint un algorithme qui peut servir aux médecins et aux patients, lorsque la déprescription est indiquée.

Également, pour favoriser un soulagement des différents maux qui peuvent se présenter lors de la diminution d'une dose d'antidépresseur, il est fortement conseillé d'utiliser une autre approche thérapeutique, que ce soit la psychologie, l'acupuncture, la massothérapie ou le yoga. Il est maintenant bien documenté que ces approches thérapeutiques peuvent aider à réduire les symptômes dépressifs et l'anxiété, et ainsi augmenter les chances de succès d'un sevrage complet.

Une collectivité qui aspire à un mieux-être est une collectivité qui consomme le moins de médicaments possible. Dans ce sens, il serait souhaitable que le nombre de personnes qui prennent des antidépresseurs diminue au cours des prochaines années et que l'accent soit davantage mis sur d'autres approches thérapeutiques qui favorisent une moins grande dépendance à ces médicaments. Il ne faut cependant pas négliger le fait que les antidépresseurs ont des indications précises et qu'il est préférable de consulter un médecin afin de réduire leur consommation. ■

Voir références à la page 24

 Cette leçon est accessible sur professionnsante.ca section eCortex

eCortex.ca

Algorithme de déprescription des antidépresseurs – notes

1. Cet algorithme ne vise pas à remplacer le jugement clinique des professionnels de la santé, mais plutôt à offrir des recommandations pour cesser de façon sécuritaire un antidépresseur, en considérant d'autres approches thérapeutiques. Ces recommandations ne l'emportent pas sur la responsabilité individuelle des professionnels de prendre les décisions appropriées en fonction des caractéristiques et des conditions particulières de chaque personne atteinte de dépression.
2. Selon le document *Faire face à la dépression au Québec*, CHUM, avril 2012. S'il y a un risque de rechute significatif (antécédent de dépression récurrente), il est recommandé de traiter par un antidépresseur pendant au moins deux ans. Tenir compte également de l'existence de problèmes de santé concomitants et de difficultés psychosociales.
3. Pour l'aspect artistique, l'hypothèse qu'il peut contribuer à diminuer les symptômes dépressifs provient d'expériences qu'ont vécues des patients vus en consultation. D'ailleurs, l'art-thérapie est une approche utilisée en psychologie.

Symptômes de sevrage

Anxiété, insomnie, fatigue, sudation, maux de tête, tremblements, trouble de l'équilibre, vertiges, acouphènes, troubles de la vision, douleurs musculaires, symptômes grippaux, symptômes gastro-intestinaux, humeur triste, difficulté à se concentrer, irritabilité (tous ces symptômes sont habituellement légers-modérés et peuvent durer de quelques jours à quelques semaines).

Principaux effets secondaires des antidépresseurs

Maux de tête, étourdissements, somnolence, bouche sèche, nausée, diarrhée, baisse de la libido, accoutumance psychologique...

Participation des patients et des soignants

- Les patients doivent comprendre les raisons justifiant la déprescription, c'est-à-dire les risques liés à l'usage continu de l'antidépresseur (effets secondaires possibles et interactions médicamenteuses).
- Des symptômes de sevrage peuvent se manifester, mais ils sont habituellement légers-modérés et passagers (quelques jours à quelques semaines).
- Le sevrage s'effectue en collaboration avec les patients. Ces derniers peuvent contrôler le rythme de réduction, ainsi que sa durée.

Liste des principaux antidépresseurs

Antidépresseurs	Posologie
Fluoxétine (Prozac ^{MD})	20 – 80 mg
Paroxétine (Paxil ^{MD})	20 – 60 mg
Sertraline (Zoloft ^{MD})	50 – 200 mg
Citalopram (Celexa ^{MD})	20 – 40 mg
Escitalopram (Cipralax ^{MD})	10 – 20 mg
Duloxétine (Cymbalta ^{MD})	60 – 120 mg
Venlafaxine (Effexor ^{MD} XR)	75 – 375 mg
Desvenlafaxine (Pristiq ^{MD})	50 – 100 mg
Fluvoxamine (Luvox ^{MD})	100 – 300 mg

Autres approches thérapeutiques

- **Psychologie** L'article « La science penche pour la psychothérapie », publié en 2014, mentionne que la psychothérapie est plus efficace que les antidépresseurs dans le traitement de la dépression.
- **Acupuncture** Selon des données publiées en 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne que l'acupuncture s'est avérée un traitement efficace pour la dépression.
- **Massothérapie** L'étude *Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis*, publiée en 2010, conclut que la massothérapie est associée de façon significative à une diminution des symptômes dépressifs. Cette analyse de 17 études incluait 786 personnes.
- **Yoga** L'article « Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders », publié en 2013, conclut que des études soutiennent les effets bénéfiques du yoga pour la dépression, les troubles du sommeil, et en tant que traitement en association.
- **Qi Gong** L'étude *A systematic review and meta-analysis of the effects of Qigong and Tai Chi for depressive symptoms*, publié en 2015, indique que cette approche thérapeutique semble bénéfique pour réduire la gravité des symptômes dépressifs. Cette analyse de 30 études incluait 2328 participants.

- Institut d'information sur la santé. 2011. Les soins de santé au Canada 2011. Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. Consulté le 16 janvier 2017. https://secure.cih.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. 2014. Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012. Rapport – Mise à jour en octobre 2014. Consulté le 16 janvier 2017. https://secure.cih.ca/free_products/Drug_Use_in_Seniors_on_Public_Drug_Programs_FR_web_Oct.pdf
- The American Geriatrics Society 2015. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 63: 2227-46, 2015.
- Morgan SG, Weymann D, Pratt B, et al. Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults. *Age Aging.* 2016.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). Étude sur la prévalence de l'usage d'ordonnances potentiellement inappropriées (OPNA) chez les aînés du Québec, de 2000 à 2006. Conseil du médicament. Septembre 2009. Consulté le 16 janvier 2017. <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/Etudes/CdM-Etude-OPNA-200909.pdf>
- Dionne P.A., Vasiliadis H-M, Latimer E, Berbiche D, Preville M. Economic Impact of Inappropriate Benzodiazepine Prescribing and Related Drug Interactions Among Elderly Persons. *Psychiatric Services, April 2013; 64(4): 331-8.*
- Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007; 5(4): 345-51.
- Agostini JV, Han L, Tinetti ME. The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52(10): 1719-23.
- Colley CA, Lucas LM. Polypharmacy: The cure becomes the disease. *J Gen Intern Med.* 1993; 8(5): 278-83.
- Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(10): 1516-523.
- Atkin PA, Veitch PC, Veitch EM, Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drug reactions among elderly. *Drugs Aging* 1999; 14: 141-52.
- Halme AS, Beland SG, Preville M, Tannenbaum C. Uncovering the source of new benzodiazepine prescriptions in community-dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28: 248-55.
- Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, et coll. Application of the STOPP/START criteria: A systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther.* 2013; 38: 360-72.
- Samsa GP, Hanlon JT, Schmader KE, et coll. A summated score for the medication appropriateness index: Development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol.* 1994; 47: 891-6.
- Morgan SG, Hunt J, Rioux J, Proulx J, Weymann D, Tannenbaum C. Frequency and cost of potentially inappropriate prescribing for older adults: a cross-sectional study. *CMAJ Open* 2016; 4(2): E346-51.
- Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, Lindblad CI, Pieper CF, Ruby CM, et coll. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 1518-23.
- Clyne B, Fitzgerald C, Quinlan A, Hardy C, Galvin R, Fahey T, Smith SM. Interventions to address potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older adults: A systematic review of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 64:1210-22.
- Hortal Carmona J, Aguilar Cruz I, Parrilla Ruiz F. A prudent deprescription model. *Med Clin. (Barc)* 2015; 144(8): 362-9.
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, et coll. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust.* 2014b; 201(7): 386-9.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systemic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010; 170(18): 1648-54.
- Campbell AJ, Robertson MC, Garnder MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(7): 850-3.
- Cumming RG, Le Couteur DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: A review of the evidence. *CNS Drugs* 2003; 17(11): 825-37.
- Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patient's adherence to medications. *International Journal of Clinical Pharmacy,* 2014a; 36(1): 26-9.
- Vrdoljak D, Borovac JA. Medication in the elderly – considerations and therapy prescription guidelines. *Acta Med Acad.* 2015, 44(2): 159-68.
- Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med.* 2011; 171(16): 1433-40.
- Tannenbaum C, Paquette A, Hilmer S, et coll. A systematic review of amnesic and non-amnesic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs. *Drugs Aging* 2012; 29: 639-58.
- Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, et coll. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1952-60.
- Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, et coll. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010; 19: 1248-55.
- Dassanayake T, Michie P, Carter G, et coll. Effects of benzodiazepines, anti-depressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. *Drug Saf.* 2011; 34: 125-56.
- Hampton LM, Daubresse M, Chang HY, et coll. Emergency department visits by adults for psychiatric medication adverse events. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1006-14.
- Weich S, Pearce HL, Croft P, et coll. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: A retrospective cohort study. *BMJ* 2014; 348: g1996.
- Martin P, Ahmed S, Tamblyn R, et coll. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns.* 2013; 92:81-7.
- Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et coll. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2014; 174: 890-8.
- Buyssse DJ. Insomnia. *JAMA* 2013; 309: 706-16.
- Copinschi G, Caufriez A. Sleep and hormonal changes in aging. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2013; 42:371-89.

CONSEIL DE RÉDACTION ET RÉVISION SCIENTIFIQUE

Vous souhaitez proposer un sujet d'article ?
Écrivez à cleduc@ensembleiq.com

DIRECTEUR MÉDICAL

Dr François Croteau

Directeur médical du Groupe Santé, Québec, EnsembleIQ; médecin de famille à la retraite, anciennement à l'Hôpital Santa Cabrini, Montréal; ancien président du comité de DPC du Collège des médecins du Québec.

Dre Johanne Blais

Médecin de famille, directrice de l'UMF Saint-François d'Assise et professeure titulaire de clinique à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Dr Roger Ladouceur

Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec; professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal; médecin de famille, Hôpital de Verdun.

Dre Diane Poirier

Médecin, M. S.c., coordonnatrice médicale à la DSP, volet transformation de l'Hôpital Notre-Dame, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.