
Pharmacien

Les six interventions sur lesquelles les pharmaciens et les patients devraient s'interroger

par

L'Association des pharmaciens du Canada

Dernière mise à jour : août 2020



1 Ne traitez pas les effets secondaires d'un médicament à l'aide d'un autre médicament, sauf en cas d'absolue nécessité.

Les effets secondaires des médicaments sont souvent interprétés, à tort, comme étant les symptômes d'un autre trouble de santé, ce qui fait en sorte que les patients se voient prescrire des médicaments supplémentaires pour traiter les effets indésirables d'un médicament (EIM). Les prescriptions en cascade contribuent à la polypharmacie, qui comporte de nombreux risques, dont des interactions médicamenteuses, une augmentation de la fréquence ou de la gravité des effets secondaires et une mauvaise observance du traitement. Elles peuvent également exacerber les EIM qui passent inaperçus, nuire à la qualité de vie des patients, mener à des hospitalisations évitables et augmenter inutilement le coût des soins de santé. Les professionnels de la santé devraient toujours garder en tête la possibilité qu'un EIM ressemble à un nouveau symptôme, surtout chez les adultes âgés, et devraient éviter de prescrire un traitement pharmacologique avant d'avoir évalué attentivement la situation.

2 Ne recommandez pas l'utilisation de médicaments en vente libre contenant de la codéine pour traiter la douleur aiguë ou chronique. Conseillez aux patients d'éviter ces médicaments et donnez-leur d'autres options sûres.

Rien n'indique que les médicaments contenant une faible dose de codéine sont plus efficaces que les analgésiques non opioïdes. La codéine est un opioïde toxicomane pouvant entraîner une dépendance et un trouble d'abus. Les produits en vente libre contenant de la codéine sont souvent combinés à des analgésiques non opioïdes (p. ex., AINS ou acétaminophène). S'ils sont mal utilisés, ces cocktails médicamenteux risquent d'entraîner non seulement une dépendance à la codéine et un trouble d'abus de substance, mais aussi de graves réactions indésirables en raison de leur teneur élevée en analgésique non opioïde (ibuprofène, acétaminophène ou aspirine). Les conséquences liées à de fortes doses d'analgésique non opioïde comprennent notamment une hépatotoxicité, une perforation gastrique, une hémorragie et un ulcère gastroduodéal, une insuffisance rénale, une anémie secondaire à une perte de sang chronique et une faible kaliémie (dont les complications neurologiques et cardiaques peuvent être mortelles).

3 Ne commencez pas ou ne renouvelez pas un traitement pharmacologique, sauf si ce dernier est clairement indiqué et qu'on en attend un bienfait raisonnable chez un patient donné.

Deux Canadiens de plus de 65 ans sur trois prennent au moins cinq médicaments, et plus de 40 % des personnes de 85 ans ou plus en prennent au moins dix. Chaque nouveau médicament augmente le risque d'effet indésirable et d'hospitalisation du patient. Afin de garantir l'innocuité et la pertinence du traitement, les professionnels de la santé devraient avoir accès aux indications thérapeutiques justifiant le traitement pharmacologique d'un patient; toute nouvelle prescription ou tout renouvellement de médicament ne devrait être effectué que lorsqu'il est établi que les bienfaits du traitement l'emportent sur les risques.

4 Ne renouvelez pas un traitement de longue durée par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans tenter de l'interrompre ou d'en réduire (graduellement) la posologie au moins une fois par année chez la plupart des patients.

Au Canada, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) figurent parmi les médicaments les plus souvent prescrits, et bon nombre d'entre eux sont maintenant accessibles en vente libre. Ces médicaments, généralement sans danger et bien tolérés lorsqu'ils sont utilisés au besoin dans le cadre d'un traitement de courte durée du reflux gastro-œsophagien pathologique, peuvent toutefois avoir plusieurs effets indésirables; le risque peut augmenter selon l'âge du patient, ainsi que selon la durée et la pertinence du traitement aux IPP. Les effets indésirables associés à l'utilisation à long terme des IPP comprennent notamment un risque accru de fracture, d'infection à *Clostridium difficile* et de diarrhée, de pneumonie d'origine communautaire, de carence en vitamine B12 et d'hypomagnésémie. Les lignes directrices indiquent qu'il est préférable de les utiliser à court terme, et recommandent de recourir aux antagonistes des récepteurs H2 ou d'amener les patients à changer leurs habitudes de vie plutôt que d'utiliser des IPP à long terme. Elles recommandent également de cesser les IPP chez les adultes ayant suivi un traitement d'au moins quatre semaines et dont les symptômes se sont résorbés. Cette recommandation ne s'applique pas aux patients atteints d'un œsophage de Barrett ou d'une œsophagite grave de stade C ou D, ou ayant des antécédents d'ulcères gastro-intestinaux accompagnés de saignements.

5 Remettez en question le recours aux antipsychotiques comme traitement de première intention de l'insomnie primaire, peu importe l'âge du patient.

Entre 2005 et 2012, l'utilisation hors indication de certains antipsychotiques atypiques pour traiter l'insomnie a bondi de 300 % en raison des propriétés sédatives de ces médicaments. Les lignes directrices signalent un manque de preuves démontrant les avantages des antipsychotiques atypiques comme traitement de première intention de l'insomnie et lancent un avertissement au sujet de leurs possibles effets indésirables, qui comprennent notamment un gain pondéral et des troubles métaboliques. Même si les antipsychotiques sont appropriés chez certains patients atteints d'insomnie ne répondant pas bien aux autres traitements, leur utilisation comme traitement de première intention est déconseillée en raison du manque de données probantes sur leurs avantages et de leurs possibles effets indésirables.

6 Ne prescrivez pas ou ne remettez pas de benzodiazépines à un patient sans ajouter à son plan de traitement des stratégies de cessation du médicament (sauf pour les patients ayant une indication justifiant un traitement à long terme).

Au Canada, les benzodiazépines sont fréquemment prescrites pour traiter l'insomnie et les troubles anxieux. Des données probantes fiables montrent que l'utilisation à long terme de benzodiazépines chez les personnes âgées est associée à une tolérance et à une dépendance à ce médicament, ainsi qu'à des effets indésirables, comme une sédation, des troubles de la mémoire et de la cognition, des chutes, des fractures de la hanche, une dépression et une augmentation des hospitalisations. Les lignes directrices sur la prescription recommandent d'essayer d'autres options pharmacologiques et non pharmacologiques avant de prescrire des benzodiazépines. S'il s'avère que les benzodiazépines sont avantageuses pour un patient, elles ne devraient généralement pas être prescrites à long terme, et des stratégies visant la cessation du médicament devraient être intégrées à son plan de traitement; ces stratégies peuvent comprendre une réduction graduelle de la dose, une thérapie cognitivo-comportementale et la prescription d'autres médicaments afin de remplacer ou de réduire les benzodiazépines.

Comment la liste a été établie

L'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a établi la liste de ses six recommandations pour le programme Choisir avec soin en deux étapes. La première étape, réalisée à l'automne 2016, consistait à appeler les pharmaciens et les chercheurs en pharmacie canadiens à fournir leurs recommandations. La deuxième étape consistait à mettre sur pied un comité d'experts chargé d'étudier et de parachever ces recommandations. Le comité était composé de représentants des associations membres de l'APhC, de chercheurs en pharmacie, du Conseil d'administration de l'APhC et de membres du personnel ayant de bonnes connaissances et une grande expérience en matière de pratiques en pharmacie et d'amélioration de la qualité. Les critères utilisés par le comité pour établir la liste définitive des recommandations comprenaient la pertinence et l'effet de ces recommandations pour les pharmaciens en exercice, ainsi que les données probantes appuyant chacune d'entre elles. Cette liste a été approuvée par le Conseil d'administration et les associations membres de l'APhC.

Sources

- 1** Avorn J, et coll. Increased incidence of levodopa therapy following metoclopramide use. *JAMA*. 1995; vol. 274, no 22 : p. 1780-1782. [PMID : 7500509](#).
Cadogan CA, et coll. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug Saf. Février 2016*; vol. 39, no 2 : p. 109-116. [PMID : 26692396](#).
Gill SS, et coll. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med*. 11 avril 2005; vol. 165, no 7 : p. 808-813. [PMID : 15824303](#).
Gurwitz JH, et coll. Initiation of antihypertensive treatment during nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy. *JAMA*. 14 septembre 1994; vol. 272, no 10 : p. 781-786. [PMID : 8078142](#).
Kalisch LM, et coll. The prescribing cascade. *Aust Prescr*. 2011; vol. 34 : p. 162-166.
Nguyen PV, et coll. Prescribing cascade in an elderly woman. *Revue des pharmaciens du Canada*. 2016; vol. 149, no 3 : p. 122-124. [PMID : 27212961](#).
Rochon PA, et coll. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 25 octobre 1997; vol. 315, no 7115 : p. 1096-1099. [PMID : 9366745](#).
Rochon PA, et coll. The prescribing cascade revisited. *The Lancet*. Mai 2017; vol. 389, no 10081 : p. 1778-1780. [PMID : 28495154](#).
- 2** Association des pharmaciens du Canada. [CPhA welcomes Health Canada's action plan on acetaminophen safety](#). [En ligne] 15 septembre 2016 (consulté le 23 juin 2017).
Chetty R, et coll. Severe hypokalaemia and weakness due to Nurofen misuse. *Ann Clin Biochem*. Juillet 2003; vol. 40 (partie 4) : p. 422-423. [PMID : 12880547](#).
Cooper RJ. Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature. *J Subst Use*. Avril 2013; vol. 18, no 2 : p. 82-107. [PMID : 23525509](#).
de Craen AJ, et coll. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *BMJ*. 10 août 1996; vol. 313, no 7053 : p. 321-325. [PMID : 8760737](#).
Frei MY, et coll. Serious morbidity associated with misuse of over-the-counter codeine-ibuprofen analgesics: a series of 27 cases. *Med J Aust*. 6 septembre 2010; vol. 193, no 5 : p. 294-296. [PMID : 20819050](#).
McAvoy BR, et coll. Over-the-counter codeine analgesic misuse and harm: characteristics of cases in Australia and New Zealand. *N Z Med J*. 25 novembre 2011; vol. 124, no 1346 : p. 29-33. [PMID : 22143850](#).
Robinson GM, et coll. Misuse of over-the-counter codeine-containing analgesics: dependence and other adverse effects. *N Z Med J*. 25 juin 2010; vol. 123, no 1317 : p. 59-64. [PMID : 20657632](#).
Van Hout MC, et coll. Misuse of non-prescription codeine containing products: Recommendations for detection and reduction of risk in community pharmacies. *Int J Drug Policy*. Janvier 2016; vol. 27 : p. 17-22. [PMID : 26454626](#).
- 3** Alberta College of Pharmacists. [Check up on "checking"](#). [En ligne] 2015 (consulté le 23 juin 2017).
Frank C, et coll. Deprescribing for older patients. [En ligne] *CMAJ*. 9 décembre 2014; vol. 186, no 18 : p. 1369-1376. [PMID : 25183716](#).
Hilmer SN, et coll. Thinking through the medication list: appropriate prescribing and deprescribing in robust and frail older patients. *Aust Fam Physician*. Décembre 2012; vol. 41, no 12 : p. 924-928. [PMID : 23210113](#).
Holmes HM. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. *Clin Pharmacol Ther*. Janvier 2009; vol. 85, no 1 : p. 103-107. [PMID : 19037198](#).
Nusair MB, et coll. How pharmacists check the appropriateness of drug therapy? Observations in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm*. Mars-avril 2017; vol. 13, no 2 : p. 349-357. [PMID : 27102265](#).
Picard A. [The Globe and Mail: Seniors are given so many drugs, it's madness](#). [En ligne] 8 mars 2017 (consulté le 11 septembre 2017).
- 4** Choisir avec soin. [Adieu aux IPP!](#) [En ligne] Juillet 2017 (consulté le 26 juin 2017).
Farrell B, et coll. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Médecin de famille canadien*. Mai 2017; vol. 63, no 5 : p. 354-364. [PMID : 28500192](#).
Rx Files. [PPI Deprescribing: Approaches for stopping or dose reduction of PPIs in those who may not need lifelong treatment](#). [En ligne] Avril 2015 (consulté le 26 juin 2017).
Yu LY, et coll. A review of the novel application and potential adverse effects of proton pump inhibitors. *Adv Ther*. Mai 2017; vol. 34, no 5 : p. 1070-1086. [PMID : 28429247](#).
Zagaria ME. PPIs: Considerations and resources for deprescribing in older adults. *US Pharm*. 2016; vol. 12, no 41 : p. 7-10.
- 5** Association des psychiatres du Canada. [Le traitement de première ligne de l'insomnie ne devrait pas comporter une utilisation systématique des antipsychotiques, selon les psychiatres canadiens](#). [En ligne] Juin 2015 (consulté le 26 juin 2017).
Coe HV, et coll. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. *Ann Pharmacother*. Mai 2012; vol. 46, no 5 : p. 718-722. [PMID : 22510671](#).
Maglione M, et coll. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. Rockville (Mar.): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Septembre 2011; rapport no 11-EHC087-EF. [PMID : 22132426](#).
Park S. [Off-label use of atypical antipsychotics: Lack of evidence for their use in primary insomnia](#). *Formulary Journal*. Novembre 2013 (consulté le 26 juin 2017).
Shah C, et coll. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacol Res*. Janvier 2014; vol. 79 : p. 1-8. [PMID : 24184858](#).
Thompson W, et coll. Atypical antipsychotics for insomnia: a systematic review. *Sleep Med*. 2016; vol. 12, no 6 : p. 13-17. [PMID : 27544830](#).
Tripathi A, et coll. Antipsychotics for nonpsychotic illness. *Current Psychiatry*. 2013; vol. 12, no 2 : p. 22.

- 6 Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. Mai 2005; vol. 18, no 3 : p. 249-255. PMID : 16639148.
- Baillargeon L, et coll. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ*. 2003; vol. 169, no 10 : p. 1015-1020. PMID : 14609970.
- Centre national de la douleur. Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique. [En ligne] 2017 (consulté le 18 août 2017).
- Chang F. Strategies for benzodiazepine withdrawal in seniors: Weaning patients off these medications is a challenge. *Can Pharm J*. 1er novembre 2005; vol. 138, no 8 : p. 38-40.
- Chen L, et coll. Discontinuing benzodiazepine therapy: An interdisciplinary approach at a geriatric day hospital. *Can Pharm J*. 1er novembre 2010; vol. 143, no 6 : p. 286-295.
- Gallagher HC. Addressing the issue of chronic, inappropriate benzodiazepine use: how can pharmacists play a role? *Pharmacy*. 2013; vol. 1, no 2 : p. 65-93.
- Glass J, et coll. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 novembre 2005; vol. 331, no 7526 : p. 1169. PMID : 16284208.
- Pollmann A, et coll. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacol Toxicol*. 4 juillet 2015; vol. 16 : p. 19. PMID : 26141716.
- Pottie K, et coll. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. [En ligne] Manuscrit non publié. Mars 2016 (consulté le 26 juin 2017).

À propos de l'Association des pharmaciens du Canada

Depuis 1907, l'APhC, une organisation nationale sans but lucratif, trace la voie en faisant évoluer la pratique de la pharmacie à de nombreux égards, et est le porte-parole national des pharmaciens du Canada.



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)