

# DÉPRESCRIPTION

Consommer moins de médicaments est possible

Anne Spinewine

Faculté de Pharmacie et des Sciences Biomédicales; LDRI, Clinical Pharmacy Research Group  
CHU UCL Namur, pharmacie clinique





## Right care 1

### Evidence for overuse of medical services around the world

Shannon Brownlee, Kalipso Chalkidou, Jenny Doust, Adam G Elshaug, Paul Glasziou, Iona Heath\*, Somil Nagpal, Vikas Saini, Divya Srivastava, Kelsey Chalmers, Deborah Korenstein

Lancet 2017; 390: 156-68

Published Online

January 8, 2017

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on March 3, 2022

This is the first in a Series of four papers about right care

Overuse, which is defined as the provision of medical services that are more likely to cause harm than good, is a pervasive problem. Direct measurement of overuse through documentation of delivery of inappropriate services is challenging given the difficulty of defining appropriate care for patients with individual preferences and needs; overuse can also be measured indirectly through examination of unwarranted geographical variations in prevalence of procedures and care intensity. Despite the challenges, the high prevalence of overuse is well documented in high-income countries across a wide range of services and is increasingly recognised in low-income countries. Overuse of unneeded services can harm patients physically and psychologically, and can harm health systems by wasting resources and deflecting investments in both public health and social spending, which is known to contribute to health. Although harms from overuse have not been well quantified and trends have not been well described, overuse is likely to be increasing worldwide.

20-25% des soins

inutiles ou potentiellement délétères



Il y a **SUR-prescription**

lorsque le médicament...

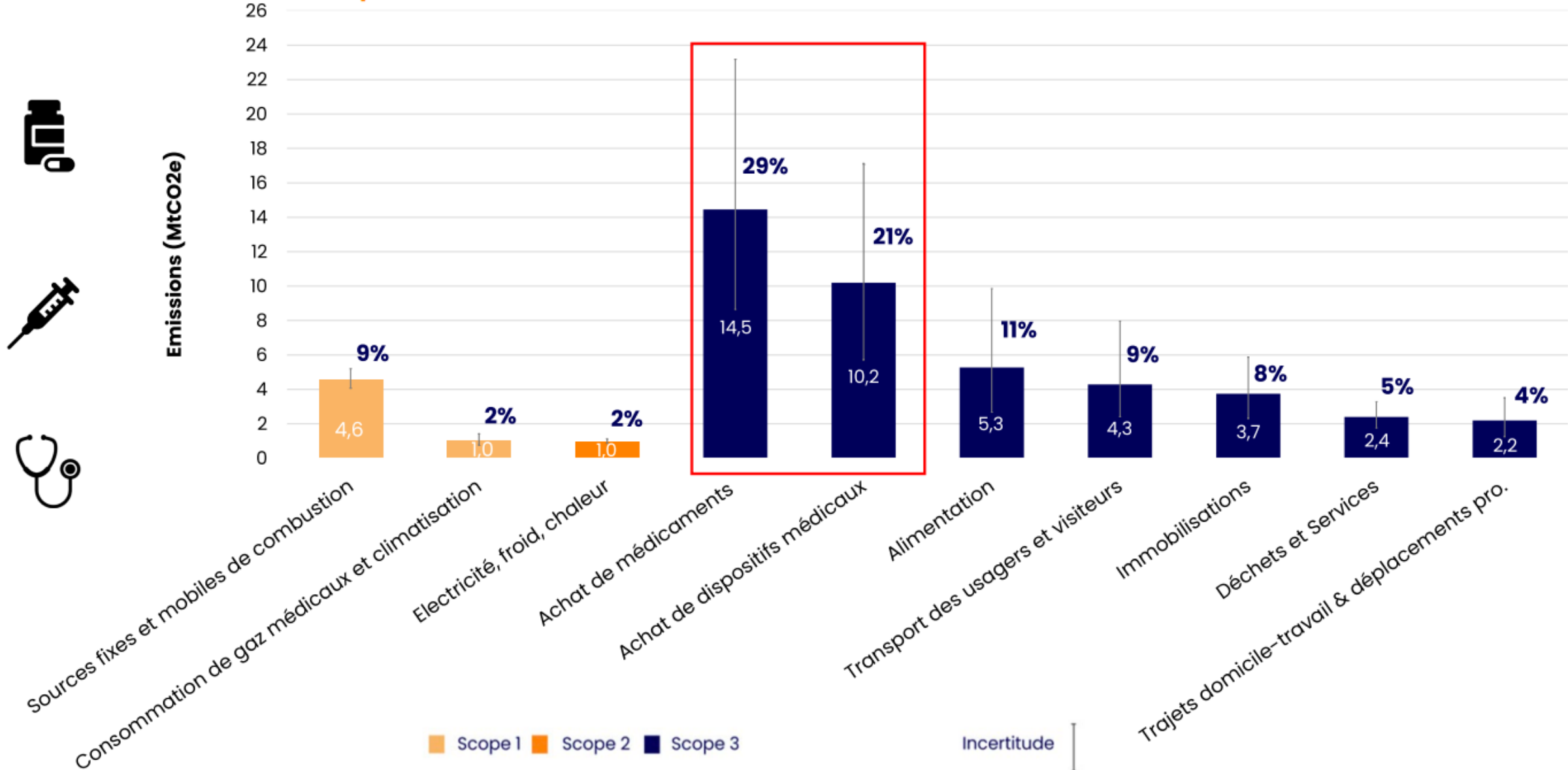
- n'est pas **efficace**
- a un rapport bénéfices/risques **défavorable**
- est prescrit pour une durée **trop longue**

PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET +

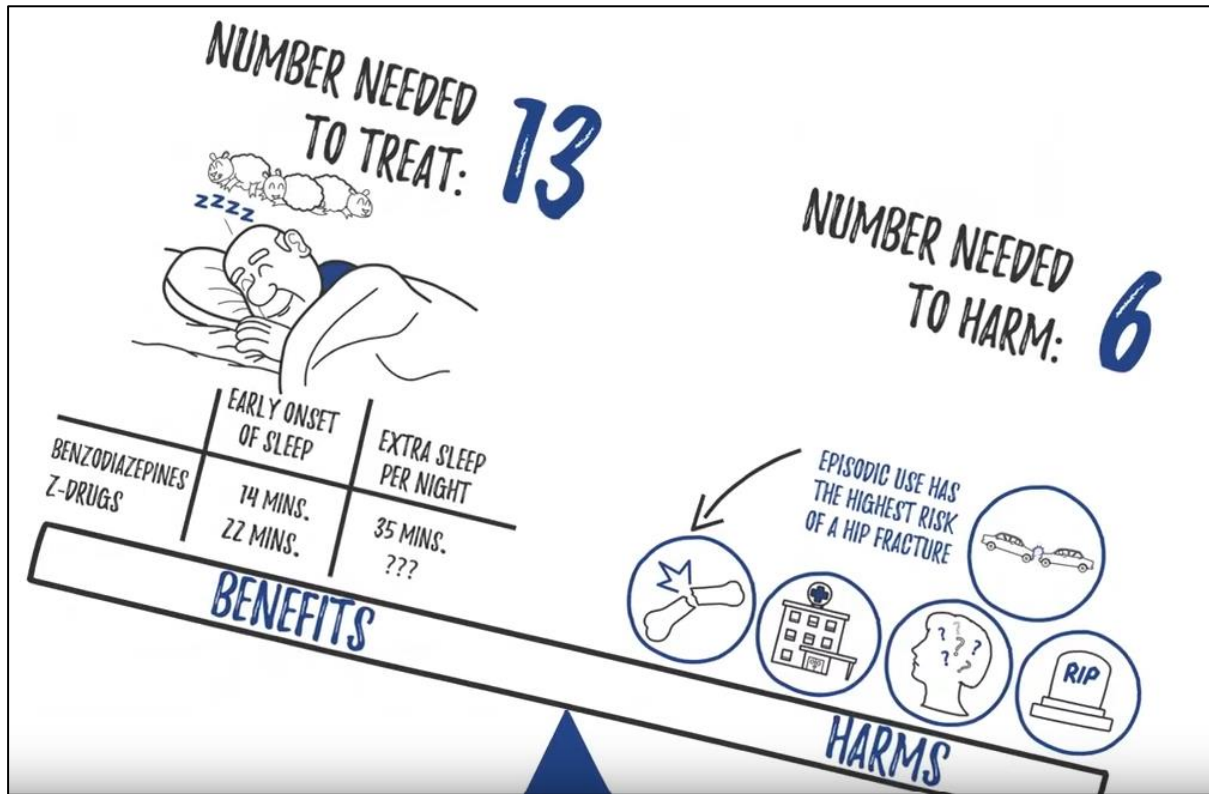


# Répartition des émissions du secteur de la santé

Des émissions dominées par l'achat de médicaments ...



# Benzodiazépines et Z-drugs



Canadian Deprescribing Network

OR [IC95] hospitalisation: 3.50 [1.41-8.68]  
RR [IC95] fracture: 1.63 [1.42-1.87]

- Hospitalisations liées aux chutes:
  - € 1.8 milliards/an, EU (Panneman 2003)
  - 1800 décès/an, 80+ en France (Pariente 2008)
- 1 des mesures d' 'overuse' suivie par l'OCDE
- (Sur)utilisation chez les personnes âgées en Belgique:
  - 18% (Petein 2021); 52% (Evrard 2020); 39% (Sibille 2022)

**Deprescribing** is defined as...  
the process of identifying and reducing or  
discontinuing medications...  
in which existing or potential harms outweigh  
potential benefits...  
within the context of an individual patient's care  
goals, function, values, and preferences  
(Scott IA et al., 2015)

BJGP LONG READ

# Tackling overprescribing: a must for climate action

 by BJGP Life · 28 September 2022

New Editorial



Achieving sustainable healthcare  
through deprescribing

 Cochrane  
Library

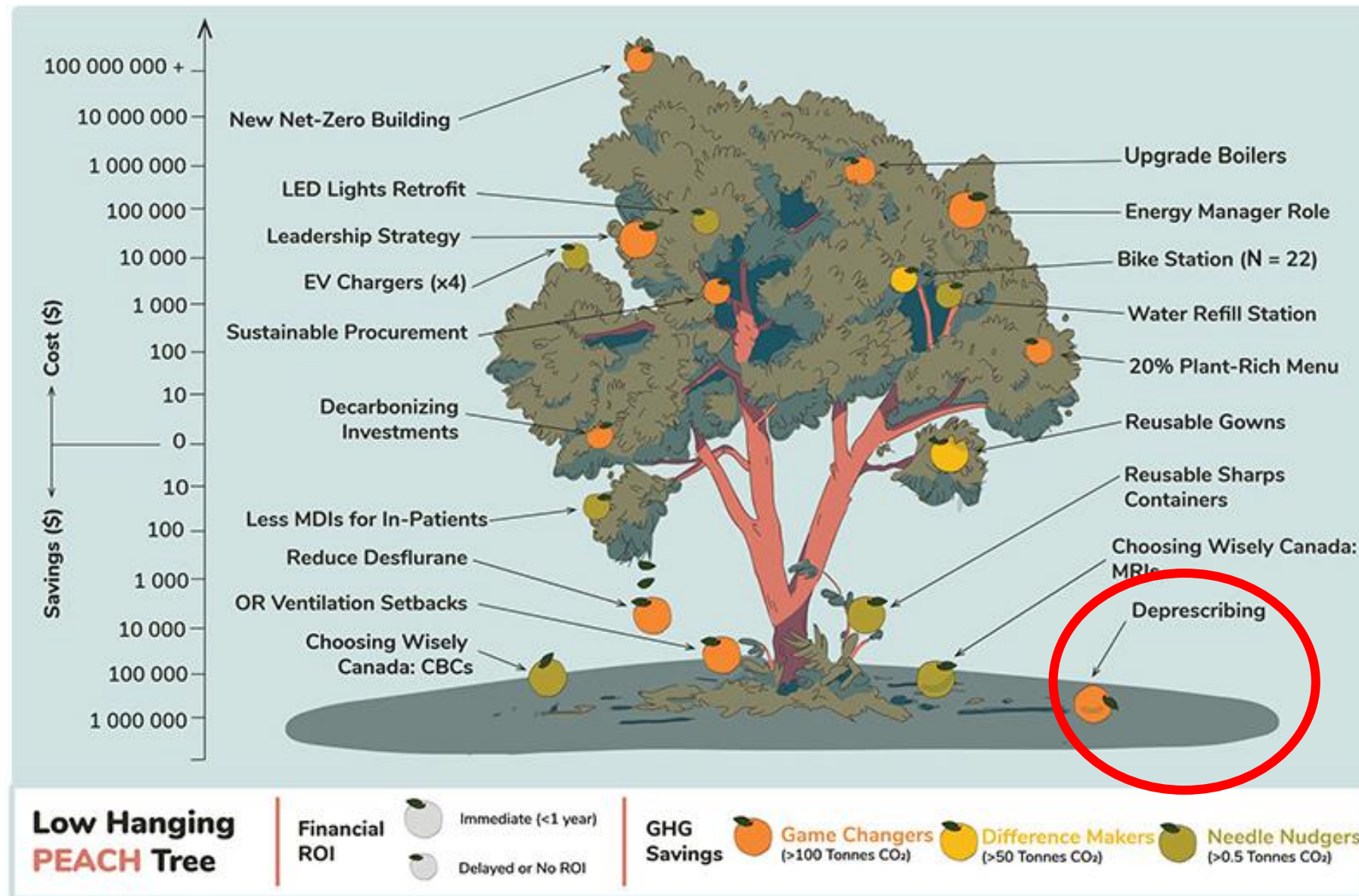
 COCHRANELIBRARY.COM

 @COCHRANELIBRARY



**FIGURE 1.**

The peach tree diagram comparing the impact of interventions on costs and GHG emissions across seven different categories



CBC = complete blood count; EV = electric vehicle; GHG = greenhouse gas; LED = light-emitting diode; MDI = metered dose inhaler; MRI = magnetic resonance imaging; ROI = return on investment.

Image credit: Design concept by Myles Sergeant, illustration by Aidan Lucas and editing by Sujane Kandasamy and Eric Cook.

# Déprescrire: efficacité? Sécurité?

## Une déprescription basée sur les évidences

### Exemples de revues Cochrane

- Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with **dementia**
- Rapid versus slow withdrawal of **antiepileptic** drugs
- Down-titration and discontinuation strategies of tumour necrosis factor–blocking agents for **rheumatoid arthritis** in patients with low disease activity
- Withdrawal of immunosuppressant or biologic therapy for patients with quiescent **Crohn's disease**



Trusted evidence.  
Informed decisions.  
**Better health.**

- Approaches for discontinuation versus continuation of long-term **antidepressant** use for depressive and anxiety disorders in adults
- Pharmacological interventions for **benzodiazepine** discontinuation in chronic benzodiazepine users
- Interventions for the reduction of prescribed **opioid** use in chronic non-cancer pain
- Deprescribing versus continuation of chronic **proton pump inhibitor** use in adults

Work in progress...



# Déprescription: ressources pour les cliniciens



## DÉPRESCRIPTION – INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTON (IPP)

### Usage prolongé non indiqué

- Dyspepsie fonctionnelle
- Plaintes typiques de reflux sans preuve d'œsophagite
- Œsophagite de reflux grade A-B traitée
- Ulcère gastroduodénal traité

### Usage prolongé indiqué

- Prévention d'ulcère sous AINS ou AAS si personne à risque
- Œsophagite de reflux grade C-D
- Barrett? Si symptômes de reflux et/ou œsophagite
- Syndrome de Zollinger-Ellison

### Information et mesures générales

- Plaintes digestives hautes sont fréquentes,

### Conseiller l'arrêt

Discuter des avantages et inconvénients avec le patient  
Expliquer l'effet rebond

Impliquer le patient dans l'élaboration concrète du planning  
La durée et la rapidité du sevrage sont à adapter à chaque patient  
L'arrêt immédiat est éventuellement une option

Revoir le patient en cours et en fin de sevrage

- Réapparition des plaintes? (brûlant, reflux, dyspepsie... ou symptômes non verbaux :  $\searrow$  appétit,  $\searrow$  poids, agitation)
- Usage éventuel d'un antiacide si plaintes
- Adapter le schéma de sevrage si besoin

Si arrêt complet impossible, viser

- Usage à la demande (si récurrence des plaintes de reflux, le temps nécessaire pour obtenir un bon contrôle des symptômes)
- Dose efficace la plus faible possible
- Médicament moins puissant (ranitidine, antiacide)

*Si plaintes dyspeptiques fonctionnelles persistantes et statut Helicobacter pylori inconnu : envisager test et éradication*

← → ↻ 🔒 reseaudeprescription.ca

Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription

# AI-JE ENCORE BESOIN DE CE MÉDICAMENT ?

# Déprescrire: de « savoir qu'il faut le faire » à « faire »

## Au-delà des connaissances cliniques, arriver à changer les comportements

[Health Topics ▾](#)[Countries ▾](#)[Newsroom ▾](#)[Emergencies ▾](#)[Data ▾](#)[About WHO ▾](#)

[Home](#) / [Initiatives](#) / [Behavioural Sciences for Better Health](#) / **Behavioural sciences global agenda**

## Behavioural sciences global agenda

◀ **Behavioural Sciences for Better Health**

**Behavioural sciences global agenda**

**Technical Advisory Group on Behavioural Insights and Sciences for Health**

WHO and Member States cannot achieve the ambitious goal of transforming global health and the health of more than 7 billion people without a clear understanding of people's health-related behaviours. To help support the coordinated use and uptake of behavioural sciences, this page consolidates reports, resolutions and other governance documents related to WHO's application of behavioural sciences to public health.

### **Behavioural sciences for better health initiative - Report by the Director-General**

This report, written by WHO Director-General, summarizes efforts to increase the use of behavioural science to address public health problems at WHO. The report suggests behavioural sciences can be mainstreamed across most public health issues and functions, to help

### **WHA75 Strategic Roundtable – Behavioural Science for Better Health**

An initiative to mainstream and increase the use of behavioural sciences to complement a biomedical focus on public health challenges was launched by WHO Director-General at the end of the year 2019. This strategic roundtable provided the opportunity to share WHO's

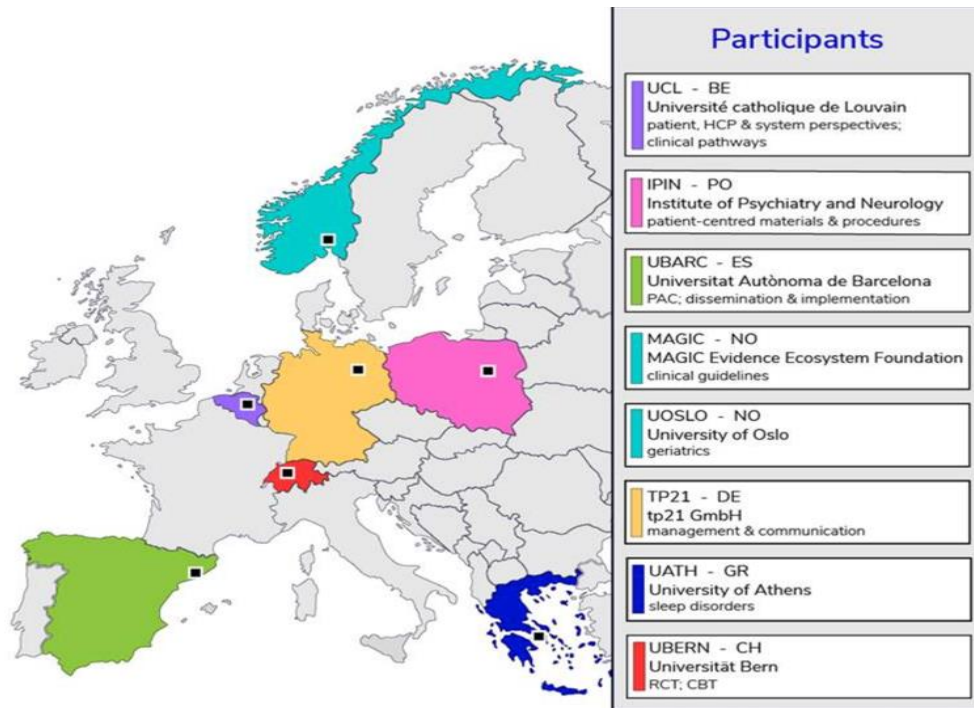
# Dé-implémentation et changement des comportements

1. Comprendre les barrières et leviers  
*Pourquoi le médecin/pharmacien/infirmier ou le patient ne fait-il pas ce qui est recommandé?*
2. Implémenter des stratégies qui visent les principales barrières
3. Evaluer, adapter, déployer



Implementing a patient-centred and evidence-based intervention to reduce **BE**nzodiazepine and sedative-hypnotic (BSH) use to improve patient **SAFE**ty and quality of care.

Horizon Europe - 101057123



Deprescribing in older adults through an Implementation Science approach

Actions de Recherche Concertées (ARC)

- Axe patient
- Axe futurs professionnels de santé
- Axe politiques de santé
- Cas d'étude: déprescription des benzodiazépines en ambulatoire et en MRS

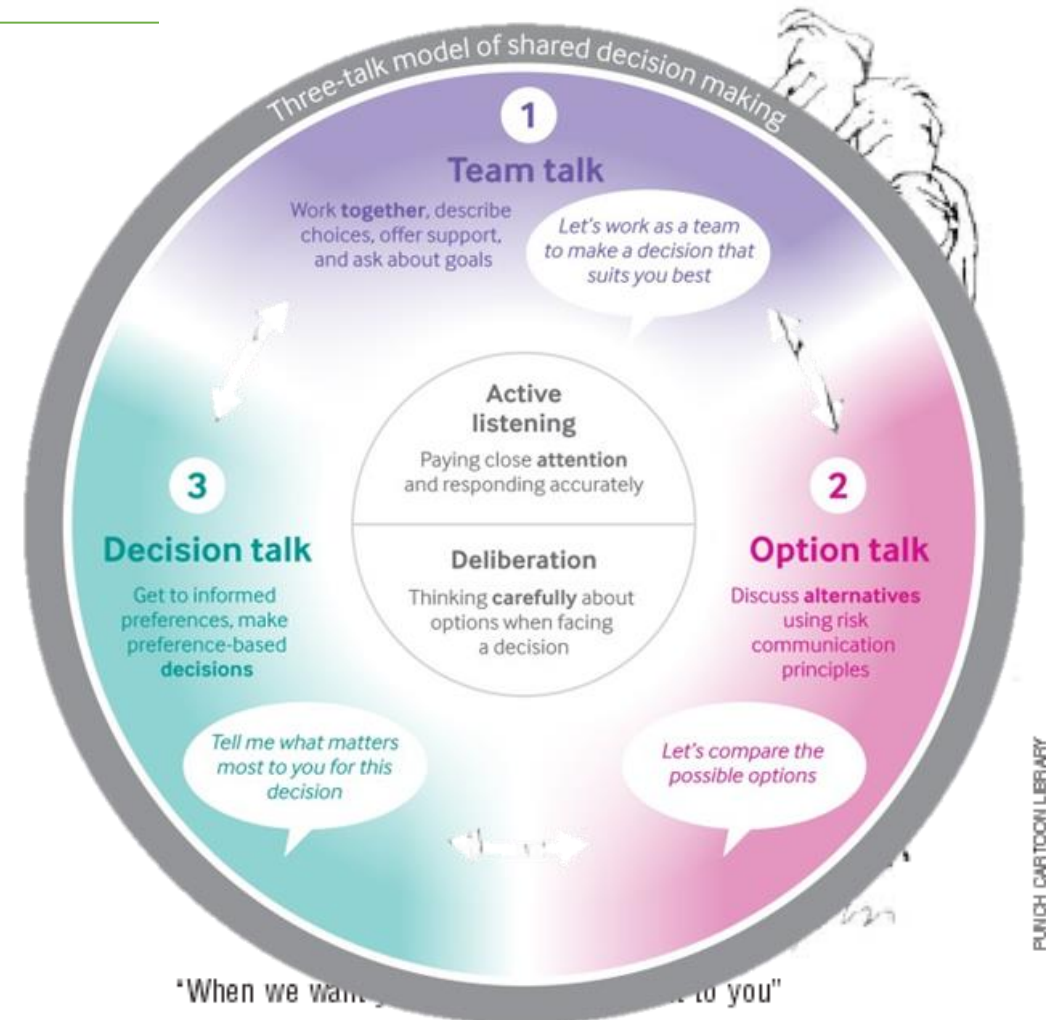


## 3 leviers pour faire évoluer les comportements en déprescription:

### 1. Patients – médecins : communication et prise de décision partagée

#### Shared-decision making

- An approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, & where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences





### 3 leviers pour faire évoluer les comportements:

1. Patients: communication et prise de décision partagée
2. Approche collaborative et interprofessionnalité

Médecins – pharmaciens - infirmiers

Folia Pharmacotherapeutica février 2023

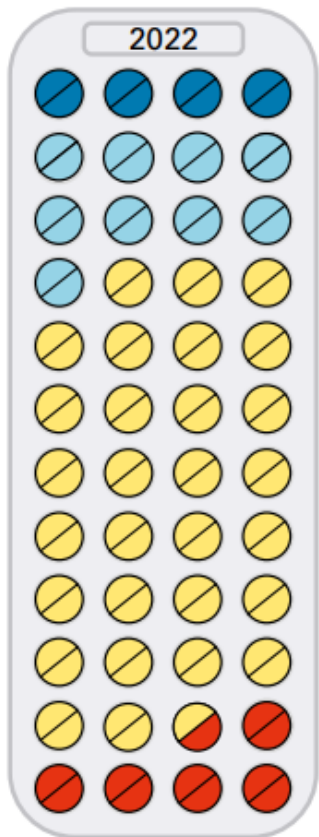
#### **Lancement d'un programme de sevrage progressif des benzodiazépines et apparentés**

La consommation de benzodiazépines et apparentés (*Z-drugs*) en Belgique est une des plus élevées en Europe<sup>1</sup>. En plus du risque de tolérance et de dépendance lié à ces produits, il existe également un risque de chute, de troubles de la mémoire, de somnolence diurne et d'accident.

Un programme de sevrage progressif, encadré par le médecin et le pharmacien, peut être proposé à certains utilisateurs chroniques de benzodiazépines et de *Z-drugs* depuis le 1<sup>er</sup> février 2023. Ce programme s'inscrit dans le cadre d'une approche multidisciplinaire impliquant à la fois le médecin prescripteur, le pharmacien et le patient.

### 3 leviers pour faire évoluer les comportements:

1. Patients: communication et prise de décision partagée
2. Approche collaborative et interprofessionnalité
3. Bien déprescrire mais avant tout... bien prescrire (ou *ne pas* prescrire)



La Revue Prescrire Février 2023.

L'année 2022 du médicament, en bref.

● Progrès notable

● Progrès minime

● Pas de progrès démontré

● Plus dangereux qu'utile

---

Consensus Statement | Medical Education

## Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals

### Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey

Loai Albarqouni, MD, MSc; Tammy Hoffmann, PhD; Sharon Straus, MD, MSc; Nina Rydland Olsen, PhD; Taryn Young, PhD;  
Dragan Ilic, PhD; Terrence Shaneyfelt, MD, MPH; R. Brian Haynes, MD, PhD; Gordon Guyatt, MD, MSc; Paul Glasziou, MBBS, PhD

# DÉPRESCRIPTION – OU NON PRESCRIPTION

## Consommer moins de médicaments est possible



Your Profile

[linkedin.com/in/anne-spinewine-27752872](https://linkedin.com/in/anne-spinewine-27752872)

[anne.spinewine@uclouvain.be](mailto:anne.spinewine@uclouvain.be)

[anne.spinewine@chuucnamur.uclouvain.be](mailto:anne.spinewine@chuucnamur.uclouvain.be)



Twitter

[ASpinewine](#)