

# Repérage des prescriptions potentiellement inappropriées en soins primaires

## Guide de pratique canadien

Emily G. McDonald MD MSc Marie-Eve Gagnon PhD Derek J. Jorgenson PharmD FCSHP Roni Y. Kraut MD CCFP MSc  
Justin Lee MD PhD ACPR FRCPC Larry Leung PharmD Dee Mangin MBChB DPH FRNZCGP Georges Marcoux  
Rita K. McCracken MD PhD CCFP(COE) FCFP Lalitha Raman-Wilms PharmD FCSHP Caroline Sirois PhD  
Johanna Trimble Jennifer Young MD CCFP(EM) Amal Rizvi MHSc Aine Workentin BSc Nav Persaud MD MSc CCFP FCFP

### Résumé

**Objectif** Élaborer un guide de pratique portant sur le repérage des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) en soins primaires, conformément à la priorité énoncée dans le projet de loi C-64 du gouvernement canadien comme partie intégrante d'une stratégie sur l'utilisation appropriée des médicaments.

**Méthodes** Le guide de pratique est fondé sur 2 revues systématiques portant sur les PPI chez les adultes plus âgés.

**Recommandations** Le guide de pratique recommande que les prescriptions des adultes de 65 ans ou plus fassent l'objet d'un bilan ou d'une intervention semblable pour optimiser la pertinence de leur médication. Parmi les interventions efficaces figurent des revues de la médication accompagnées de suggestions faites par un prescripteur ou un pharmacien à l'aide d'une approche structurée ou d'un ensemble de règles (recommandation forte, données probantes de certitude modérée). En deuxième lieu, il est recommandé que les gouvernements financent les bilans des prescriptions ou les interventions semblables pour optimiser la pertinence de la médication (recommandation forte, données probantes de certitude modérée).

**Conclusion** Ce guide de pratique complète d'autres conseils sur la façon de déprescrire certaines classes de médicaments, comme les inhibiteurs de la pompe à protons et les hypnotiques sédatifs. Les interventions devraient être mises en œuvre et financées dans le contexte d'une stratégie pancanadienne sur l'utilisation appropriée des médicaments, adoptée par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral et faisant partie de stratégies plus larges visant à éviter les préjudices d'origine médicamenteuse. Les effets des interventions devraient être suivis rigoureusement.

La surcharge médicamenteuse, ou les prescriptions potentiellement inappropriées (PPI), est définie comme étant des médicaments d'ordonnance dont les risques peuvent surpasser les bienfaits<sup>1</sup>, et elle est fréquente chez les adultes canadiens âgés<sup>2,3</sup>. Les coûts directs des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) pour les Canadiens âgés étaient estimés à 1 milliard \$ en 2021<sup>2</sup>. Les préjudices potentiels des PPI incluent un risque accru de chutes

### Points de repère du rédacteur

- ▶ Les prescriptions potentiellement inappropriées (PPI), aussi connues sous l'expression de surcharge médicamenteuse, sont fréquentes chez les adultes âgés et peuvent entraîner des préjudices, comme une déficience cognitive et le décès. La déprescription, le processus de faire le bilan de la médication et d'arrêter ou de réduire potentiellement la dose des médicaments inappropriés, est une solution possible aux PPI.
- ▶ Ce guide de pratique présente 2 recommandations sur la façon de déprescrire chez les adultes âgés; notamment, les prescriptions des adultes de 65 ans ou plus devraient faire l'objet d'un bilan ou d'une intervention semblable portant sur les PPI, de manière à optimiser la pertinence de la médication. Parmi les interventions efficaces figurent les revues des médicaments, accompagnées de suggestions faites par un prescripteur ou un pharmacien à l'aide d'une approche structurée ou d'un ensemble de règles (recommandation forte, données probantes de certitude modérée). Les gouvernements devraient financer les bilans des prescriptions ou les interventions semblables, de manière à optimiser la pertinence de la médication (recommandation forte, données probantes de certitude modérée).
- ▶ Les interventions devraient être mises en application et financées dans le contexte d'une stratégie pancanadienne relative à l'utilisation appropriée des médicaments, qui serait adoptée par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral comme partie intégrante d'une stratégie plus généralisée pour éviter les préjudices liés aux médicaments.

avec blessures, une cognition déficiente et le décès<sup>4-6</sup>. La majorité des soins aux adultes âgés sont prodigués en soins primaires, là où les MPI sont courants. Chez les patients en consultation externe, 25 % des Canadiens âgés habitant dans la communauté reçoivent en moyenne 10 classes de médicaments, et plus des 2 tiers reçoivent une prescription de 5 classes de médicaments<sup>7,8</sup>.

Une des solutions proposées aux PPI se situe dans la déprescription, le processus structuré de révision des médicaments et de cessation ou de réduction des MPI qui s'y prêtent à la suite d'une prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de la santé. En l'absence d'interventions de déprescription intentionnelles, les MPI continuent d'être prescrits en raison de facteurs liés aux prescripteurs, aux patients et au système<sup>9</sup>. Par exemple, les prescripteurs peuvent hésiter à cesser un médicament prescrit par un collègue, par manque de temps, en raison de l'absence d'une liste exacte des médicaments ou parce qu'ils suivent des guides de pratique clinique axés sur 1 seul problème médical au lieu de plusieurs<sup>10,11</sup>. Les patients peuvent continuer à prendre un MPI parce qu'il a été prescrit ou recommandé par un professionnel de la santé en qui ils ont confiance, peuvent craindre les préjudices d'une cessation ou hésiter s'il faut soulever la question avec leur clinicien<sup>12,13</sup>. Le système de santé canadien finance et facilite l'amorce et la continuation des médicaments, qu'ils soient prescrits ou non de manière appropriée, mais le financement et le soutien de la déprescription se sont révélés disproportionnellement moins élevés<sup>14</sup>.

Les patients préfèrent prendre moins de médicaments et veulent cesser d'en prendre lorsqu'il est sécuritaire de le faire<sup>15,16</sup>. Le gouvernement du Canada a fait des PPI une priorité en adoptant, en octobre 2024, le projet de loi C-64, qui prévoit l'élaboration d'une stratégie de promotion de l'utilisation appropriée des médicaments et la production de rapports réguliers<sup>17</sup>.

### Portée

Le présent guide de pratique a pour but de fournir des recommandations sur les interventions de repérage des MPI (contrairement au fait de cibler spécifiquement un type de classe de médicaments) chez des patients adultes âgés en consultation externe (65 ans ou plus) au Canada. Un seuil d'âge de 65 ans ou plus a été choisi parce que c'est la tranche d'âge sur laquelle portent le plus de données probantes concernant les interventions liées aux PPI. Bien que la fragilité soit aussi associée aux PPI, nous utilisons l'âge dans nos recommandations, car c'est une information aisément accessible, alors que la mesure de la fragilité au chevet des patients est plus chronophage. Nos conseils sont destinés à être utilisés par les médecins de famille, d'autres professionnels des soins primaires et leurs patients dans des milieux de consultations externes. Nous présentons aussi des recommandations en lien avec le financement et le

soutien des gouvernements. Les interventions étudiées sont décrites ci-dessous, et des exemples sont fournis dans l'outil à l'intention des cliniciens (Annexe 1, accessible dans **CFPlus\***).

### Terminologie

De nombreuses expressions sont utilisées pour désigner les PPI et leurs problèmes connexes, de même que les solutions ou interventions possibles. Nous reconnaissons que certaines expressions, comme PPI, peuvent avoir des connotations négatives et être prises à tort pour une critique des prescripteurs. Dans certains passages, nous utilisons l'expression *surcharge médicamenteuse* pour faire une distinction entre les PPI et la polypharmacie, qui est indiquée et bénéfique chez certains patients<sup>18</sup>. Nous utilisons aussi *optimiser la pertinence des médicaments* comme synonyme de *remédier aux PPI et interventions visant les PPI*. Dans les outils à l'intention des patients et des professionnels, nous utilisons l'expression plus familière *bilan des prescriptions*<sup>18</sup>.

## — Méthodes —

Ce sujet a été priorisé et précisé par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et un groupe de travail a ensuite été formé<sup>19</sup>. Le projet a été entrepris et complété par le Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD). Nous avons utilisé la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)<sup>20</sup> et nous avons suivi les conseils sur l'évaluation des guides de pratique aux fins de recherche et d'analyse II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II)<sup>21</sup>.

### Composition du panel d'experts sur le guide de pratique

Les codirecteurs (E.G.M., N.P.) ont fait circuler un avis au sujet du panel d'experts sur le guide de pratique aux membres du ReCAD et ont choisi 14 membres au total pour assurer la participation de patients partenaires (n=2), de cliniciens des soins primaires (n=4), de gériatres (n=1), de pharmaciens (n=3) et de spécialistes de la déprescription (n=4). Les membres de l'équipe de travail de l'ancien Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ont été invités à se joindre au panel par courriel. Les codirecteurs ont choisi une diversité (p. ex. par genre) de membres venant de toutes les régions du Canada.

### Recherche documentaire et synthèse des connaissances

Le groupe de travail a commencé à se réunir en 2018 pour préciser la portée du guide de pratique en se fondant sur

\*Les Annexes 1 à 3 sont accessibles en anglais à <https://www.cfp.ca>. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

des recherches exploratoires de la littérature et sur des revues exploratoires. Les résultats ont été notés, et les commentaires des patients et des cliniciens ont été pris en compte<sup>19</sup>. Une unité de l'Université d'Ottawa (Ontario), spécialisée en synthèse et en application des connaissances (Knowledge Synthesis and Application Unit ou KSAU) a élaboré un protocole de revue systématique qui a été approuvé en 2021 par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et a été publié en 2022<sup>22</sup>. La revue systématique posait 2 questions principales : quels étaient les effets des interventions liées aux PPI sur les issues en santé en se basant sur des essais randomisés contrôlés et quelle était l'acceptabilité des interventions visant les PPI en se fondant sur des études contrôlées? Les recensions ont été effectuées par une scientifique en information sur la santé, et les dossiers pour la revue systématique de l'efficacité ont été examinés par la KSAU. Les revues systématiques ont ensuite été complétées avec le soutien de ReCAD. Les dossiers ont été examinés indépendamment par 2 réviseurs, les données ont été extraites et le risque de biais a été évalué. Nous avons regroupé les résultats de l'étude à l'aide d'une méta-analyse et nous avons aussi utilisé le décompte des votes lorsque la mise en commun statistique n'était pas possible.

### Élaboration des recommandations

Les résultats de la revue systématique, un tableau des données probantes menant aux décisions (Annexe 2, accessible dans **CFPlus\***) et une ébauche des recommandations potentielles ont été distribués avant les réunions du panel sur le guide de pratique, qui ont eu lieu par vidéoconférence le 23 octobre et le 13 novembre 2024. Au moyen d'un formulaire en ligne distribué avant la première rencontre, les membres du panel sur le guide de pratique ont indiqué les options de recommandations en ébauche qu'ils préféreraient et ont offert des commentaires et des suggestions. On en est arrivé à un consensus à la suite des discussions lors des réunions. Les valeurs et les préférences des patients (Annexe 3, accessible dans **CFPlus\***) ont été prises en compte dans les discussions et les ébauches des recommandations. Des personnes ayant une expérience vécue ont été incluses dans le panel sur le guide de pratique qui a déterminé les recommandations. L'ébauche du guide de pratique a été diffusée auprès des membres du panel sur le guide de pratique aux fins de commentaires, en novembre 2024, pour confirmer le consensus avant la revue externe.

### Gestion des intérêts concurrents

Un comité externe de surveillance des intérêts concurrents, composé d'un directeur et de 2 membres additionnels (médecins de famille universitaires spécialisés en gestion des conflits d'intérêts), a mis en application les principes du Guidelines International Network pour conseiller le comité directeur sur la façon de composer

avec les conflits d'intérêts<sup>23</sup>. Les intérêts ont été déclarés à l'aide du formulaire de février 2021 produit par l'International Committee of Medical Journal Editors avant la première rencontre et, une fois de plus, avant la soumission du manuscrit. Les déclarations ont été examinées par les codirecteurs du guide de pratique, qui ont proposé des mesures à prendre; le comité externe de surveillance a présenté des évaluations du risque et des conseils.

## — Recommandations —

Le classement des recommandations est résumé à l'**Encadré 1**<sup>20</sup> et les recommandations sont présentées à l'**Encadré 2**.

Nous recommandons que les prescriptions des adultes de 65 ans et plus fassent l'objet d'un bilan ou d'une intervention visant les PPI pour optimiser la pertinence de la médication. Parmi les interventions efficaces figurent des revues de la médication accompagnée de suggestions d'un prescripteur ou d'un pharmacien, à l'aide d'une approche

#### Encadré 1. Classement des recommandations

Nous avons utilisé la méthode Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (classement de l'analyse, du développement et de l'évaluation des recommandations) pour présenter les recommandations<sup>20</sup>. Les recommandations fortes, indiquées par « nous recommandons », signifient que les bienfaits surpassent clairement les effets négatifs. Les recommandations faibles (aussi appelées recommandations « conditionnelles »), indiquées par « nous suggérons », signifient que les bienfaits surpassent les effets négatifs selon les renseignements disponibles. Les énoncés portant sur la certitude des effets (certitude élevée, modérée, faible ou très faible) font référence à notre évaluation de la façon dont les constatations dans les études incluses reflètent les effets véritables.

#### Encadré 2. Recommandations du guide de pratique

- Nous recommandons que les prescriptions des adultes de 65 ans ou plus fassent l'objet d'un bilan ou d'une intervention semblable pour optimiser la pertinence de leur médication. Parmi les interventions efficaces figurent des revues de la médication accompagnées de suggestions par un prescripteur ou un pharmacien, à l'aide d'une approche structurée ou d'un ensemble de règles (recommandation forte, données probantes de certitude modérée)
- Nous recommandons que les gouvernements financent les bilans des prescriptions ou les interventions semblables pour optimiser la pertinence de la médication (recommandation forte, données probantes de certitude modérée).

structurée ou d'un ensemble de règles (recommandation forte, données probantes de certitude modérée).

Nous recommandons que les gouvernements financent les bilans des prescriptions ou les interventions semblables pour optimiser la pertinence de la médication (recommandation forte, données probantes de certitude modérée).

### Justification fondée sur les bienfaits et les préjudices

Notre revue systématique consacrée au projet, portant sur 118 essais randomisés contrôlés, a révélé que les interventions réduisaient le nombre de médicaments (écart moyen standardisé [EMS]=-0,25; intervalle de confiance [IC] à 95 % de -0,38 à -0,13;  $P=90\%$ ;  $n=16\ 174$ ); pourraient réduire légèrement les hospitalisations, quoique la différence ne fut pas statistiquement significative (risque relatif [RR]=0,95, IC à 95 % de 0,89 à 1,02;  $P=45\%$ ;  $n=57\ 636$ ); et pourraient légèrement diminuer la mortalité toutes causes confondues, quoique la différence ne fut pas significative sur le plan statistique (RR=0,94; IC à 95 % de 0,85 à 1,04;  $P=0$ ;  $n=16\ 682$ ). Les interventions ne peuvent entraîner que peu ou pas de différences concernant les réactions indésirables légères, les chutes avec blessures, la qualité de vie, les visites en consultation externe et celles au département d'urgence<sup>24</sup>. Pour les médicaments qui exigent la surveillance des effets de sevrage, les interventions visant les PPI peuvent temporairement (et à juste titre) augmenter le nombre de visites en clinique externe<sup>24</sup>. Notre revue systématique consacrée au projet portant sur 9 études contrôlées a fait valoir que les interventions étaient au moins aussi acceptables par les patients que les soins habituels, recevant des cotes semblables de satisfaction des patients que celles des soins habituels (EMS=0,45; IC à 95 % de -0,14 à 1,04;  $P=96\%$ ;  $n=4\ 414$ ) et un taux de discussion accru à propos de la cessation de médicaments (RR=4,32, IC à 95 % de 0,0 à 56 270;  $P=43\%$ ;  $n=429$ ), ce que nous avons considéré comme un indicateur de l'acceptabilité pour le patient<sup>25</sup>.

Nous avons qualifié la recommandation de forte, plutôt que faible ou conditionnelle, après avoir pris en compte les valeurs et les préférences des patients, de concert avec les effets des interventions visant les PPI cernés dans les 2 revues systématiques spécifiques. Les patients préfèrent arrêter de prendre des médicaments qui ne sont pas nécessaires lorsqu'il est sécuritaire de le faire, et les interventions visant les PPI réduisent en toute sécurité le nombre de médicaments, tout en diminuant potentiellement le risque d'hospitalisation et de décès. Aucun préjudice considérable ou irréversible n'a été relevé, et les patients pourraient être plus satisfaits avec les interventions visant les PPI qu'avec les soins habituels, même si elles exigent du temps et des efforts. Sans intervention visant les PPI, il est probable que des patients continuent de prendre

des MPI qui pourraient être cessés; c'est pourquoi la mise en œuvre de telles interventions tend à éviter des soins de santé inutiles, susceptibles d'avoir un effet de cascade et de prendre de l'expansion à la suite d'autres dépistages (p. ex. dépistage du cancer). À cet égard, les interventions liées aux PPI sont anti-éthiques à d'autres formes de dépistage. Selon notre revue, les bienfaits surpassent clairement les préjudices ou les inconvénients, et il semble que la plupart des patients informés voudraient se voir offrir des interventions visant les PPI.

### Considérations pratiques

Les interventions évaluées dans nos revues systématiques variaient entre des revues par des médecins de famille et d'autres cliniciens des soins primaires (ou d'autres prescripteurs), des revues par des pharmaciens, et des aides à la décision par soutien logiciel à l'intention des professionnels<sup>24</sup>. Les différents types d'interventions inclus dans nos revues systématiques ne semblaient pas avoir d'effets considérablement différents selon les analyses de sensibilité, même si le but principal de la synthèse des connaissances n'était pas de comparer directement les interventions<sup>24</sup>. Les démarches structurées sont aussi appelées des interventions *implicites*, dans lesquelles un clinicien passe en revue les médicaments (p. ex. pour assurer que chacun d'entre eux est indiqué) et se fie à son jugement clinique. Les démarches qui se servent d'un ensemble de règles sont aussi appelées des interventions *explicites*, parce que des listes de médicaments sont passées en revue pour des médicaments ou combinaisons de médicaments énumérés spécifiquement. Le choix d'une intervention en particulier à mettre en œuvre peut dépendre des ressources disponibles, comme l'accessibilité à un pharmacien ou l'utilisation de dossiers médicaux électroniques. La revue des médicaments peut être plus facile à effectuer dans certains milieux, mais elle exige des soutiens additionnels pour les prescripteurs qui disposent d'un temps limité pour son exécution. Des exemples d'interventions étudiées sont fournis dans l'outil à l'intention des cliniciens (Annexe 1, accessible dans **CFPlus\***).

Notre recommandation fait référence aux interventions étudiées, ce qui diffère de la conciliation des médicaments, un processus dans lequel les listes des divers médicaments du patient sont comparées aux médicaments pris en réalité pour identifier les divergences. Les interventions à l'étude comportaient des revues par les cliniciens dans des cliniques externes (p. ex. centres de soins primaires, cliniques de médecine familiale); la plupart des interventions étudiées (85 %, 100 sur 118) n'incluaient pas des revues offertes par des pharmacies communautaires, et celles qui impliquaient des pharmacies communautaires comportaient des discussions entre des pharmaciens dans des pharmacies communautaires et des prescripteurs ou encore des communications de prescripteurs à des pharmaciens communautaires. Notre recommandation s'applique aux interventions étudiées

## — Discussion —

plutôt qu'aux revues indépendantes par des pharmaciens communautaires. Nous apportons cette distinction, parce que les données probantes étayant l'impact des revues de la médication par des pharmacies communautaires sont limitées<sup>26</sup>; nous reconnaissons toutefois que les opinions varient sur leur mérite<sup>27,28</sup>.

La fréquence idéale pour offrir ou effectuer les interventions n'a pas été clairement établie d'après les études. Compte tenu de la possibilité que des médicaments cessés soient repris, ainsi que des bienfaits et de la faisabilité d'offrir ou d'effectuer à répétition une intervention, un intervalle de 1 à 2 ans pourrait être raisonnable. En outre, les interventions devraient être offertes ou effectuées à chaque changement substantiel dans l'état de santé, comme un diagnostic d'un problème traitable par médication, le congé de l'hôpital ou l'admission dans un établissement de soins de longue durée.

La recommandation s'applique aux patients, quel que soit le nombre de médicaments qu'ils prennent. Les patients dans les études incluses prenaient habituellement plus de 5 médicaments, mais certains n'en prenaient que 1, et les interventions étudiées ont parfois cerné des omissions potentielles de prescriptions qui auraient pu s'appliquer à des patients qui ne prenaient aucun médicament. Les bienfaits des interventions pourraient être plus importants chez les patients qui prennent plus de médicaments, et il pourrait être raisonnable d'offrir ou d'effectuer les interventions plus souvent chez les patients qui prennent 5 médicaments ou plus. Dans la pratique, cette marche à suivre pourrait se concrétiser en se concentrant sur les patients âgés qui sont plus susceptibles de vivre une polypharmacie.

### Implications financières

Parce que les interventions comportent le processus de la déprescription, ce qui est distinct de la prescription ou de la conciliation des médicaments, nous recommandons un financement particulier pour les interventions liées aux PPI. Une revue systématique sur la rentabilité de 13 interventions visant les PPI a fait valoir que toutes sauf 1 (qui consistait en 2 visites à domicile par un pharmacien) étaient rentables<sup>29</sup>. La plupart d'entre elles économisaient des coûts, et les économies découlaient de l'évitement des coûts directs des médicaments et d'un moins grand nombre d'hospitalisations dans certaines études, notamment un coût maximal par année de vie rajustée en fonction de sa qualité (QALY) de 40 848 \$ (en deçà du seuil habituel de la rentabilité de 50 000 \$ par QALY)<sup>29</sup>. Les coûts de la mise en œuvre des interventions liées aux PPI dépendaient du type d'intervention, du pays et des ressources existantes dans le milieu<sup>30</sup>. Par exemple, un essai sur les revues des médicaments cliniques a constaté qu'une intervention coûtant 199 € par patient se traduisait par 181 € de moins dans le total des coûts de soins de santé (incluant le coût de l'intervention) par patient par rapport aux soins habituels<sup>31</sup>.

Les contraintes de temps des professionnels des soins de santé représentent un obstacle important dans la mise en œuvre, surtout dans les milieux où les médecins de famille et les autres cliniciens des soins primaires sont peu nombreux. L'application de la recommandation principale pourrait être facilitée en versant du financement aux prescripteurs précisément pour la déprescription et les soins connexes (p. ex. la prise en charge des effets de sevrage), en « parachutant » des pharmaciens cliniciens de l'extérieur de l'équipe de soins habituelle, comme ce qui s'est fait dans certaines des études incluses, ou en finançant et en soutenant des interventions liées aux PPI assistées par logiciels. L'information et l'éducation des patients et du grand public pourraient favoriser la mise en application de notre principale recommandation. Les interventions visant les PPI seraient idéalement implantées dans le contexte d'une stratégie pancanadienne sur l'usage approprié de la médication, qui serait adoptée par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. La mise en œuvre de notre guide repose sur une communication efficace et opportune des renseignements sur les prescriptions entre les cliniciens et les établissements; il s'agit d'une démarche qui est actuellement chronophage, lente et incomplète.

### Surveillance et évaluation

Il faudrait faire un suivi des effets immédiats et à plus long terme des interventions visant les PPI. Cela peut être accompli par les cliniciens à titre individuel ou les établissements dans le contexte d'efforts d'amélioration de la qualité, par les gouvernements provinciaux ou territoriaux à l'aide des données administratives, et par le gouvernement fédéral dans le cadre de sa stratégie nationale.

### Autres lignes directrices

Notre guide de pratique sur les interventions générales visant les PPI, qui est, à notre connaissance, le premier en son genre, complète d'autres lignes directrices sur la façon de déprescrire des types particuliers de médicaments – comme les guides accessibles sur les inhibiteurs de la pompe à protons et sur les benzodiazépines<sup>32</sup> – et plus de 1 type de médicaments, comme les lignes directrices de Maudsley pour les antidépresseurs, les benzodiazépines et les gabapentinoïdes<sup>33</sup>. La déprescription de médicaments dans certaines classes peut poser des défis ou des risques uniques, les opioïdes en étant un exemple notoire<sup>34,35</sup>.

### Lacunes dans les connaissances

Le type d'interventions visant les PPI le plus efficace n'a pas été déterminé dans notre synthèse des connaissances, ni la fréquence optimale pour procéder aux interventions. Les effets à long terme des interventions à plus long terme ne sont pas clairs. Notre guide pourrait être applicable ou non aux adultes de moins de 65 ans.

## Limitations

Nos revues systématiques incluait un éventail de modes d'interventions liés aux PPI et se penchaient sur des médicaments dont les risques associés de préjudices variaient (p. ex. docusate contre lorazépam). Les effets de différents types d'interventions pourraient être distincts. La déprescription dans certains contextes ou de certaines classes de médicaments pourrait être plus risquée que ce qu'indiquent les revues systématiques à l'appui du guide de pratique général sur les PPI. Les IC pour les issues comme les hospitalisations et le décès étaient relativement larges, en partie parce qu'il faudrait inclure dans les essais un très grand nombre de participants prenant des médicaments à risque élevé pour obtenir des estimations précises des effets. Les populations à l'étude étaient hétérogènes et incluaient des patients dont l'état variait de fragilité à relativement bonne santé; il n'est pas établi que les effets des interventions visant les PPI dépendent de l'état de santé. Les données accessibles fournissaient des informations limitées sur les différences dans les effets en fonction du sexe, du genre, de la race ou de l'ethnicité. Dans certaines études, les soins habituels auraient aussi comporté certaines interventions liées au PPI.

## Conclusion

Nous recommandons des interventions visant les PPI chez les adultes âgés en consultation externe. Les interventions devraient être financées dans le contexte de stratégies plus larges, dans le but d'éviter les préjudices d'origine médicamenteuse. Il faudrait faire un suivi rigoureux des effets de ces interventions.

La **D<sup>re</sup> Emily G. McDonald** est professeure agrégée au Centre universitaire de santé McGill et directrice au Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription à Montréal (Québec). La **D<sup>re</sup> Marie-Ève Gagnon** est professeure agrégée à l'Université du Québec à Rimouski. Le **D<sup>r</sup> Derek J. Jorgenson** est directeur du Centre d'évaluation des médicaments et directeur de la USask Chronic Pain Clinic, tous 2 à l'Université de la Saskatchewan à Saskatoon, de même que directeur du Service de formation en pharmacothérapie RxFiles. Le **D<sup>r</sup> Roni Y. Kraut** exerce la médecine familiale, est professeur adjoint à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's à Kingston (Ontario), et professeur auxiliaire adjoint à la Faculté de médecine et de chirurgie dentaire à l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D<sup>r</sup> Justin Lee** est professeur adjoint en médecine gériatrique à l'Université McMaster, gériatre scientifique au GERAS Centre for Aging Research et directeur de recherche associé au St Joseph's Health System Centre for Integrated Care, tous à Hamilton (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Larry Leung** est professeur agrégé d'enseignement à la Faculté des sciences pharmaceutiques à l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. La **D<sup>re</sup> Dee Mangin** est professeure de médecine familiale à l'Université McMaster et professeure de pratique générale à l'Université d'Ottago Christchurch, en Nouvelle-Zélande. **Georges Marcoux** est patient partenaire à Montréal. La **D<sup>re</sup> Rita K. McCracken** exerce la médecine familiale et est professeure adjointe à la Faculté de médecine de l'Université Simon Fraser à Burnaby (C.-B.). La **D<sup>re</sup> Lalitha Raman-Wilms** est professeure à la Faculté des sciences pharmaceutiques à l'Université de la Colombie-Britannique. La **D<sup>re</sup> Caroline Sirois** est pharmacienne, pharmacopépidémiologiste et professeure à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval à Québec. **Johanna Trimble** est patiente partenaire à Vancouver. La **D<sup>re</sup> Jennifer Young** exerce la médecine familiale à Collingwood (Ontario) et est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale à l'Université McMaster. **Amal Rizvi** est assistante de recherche au MAP Centre for Urban Health Solutions, au Li Ka Shing Knowledge Institute, à l'Hôpital St Michael's et à Unity Health Toronto, tous à Toronto (Ontario). **Aine Workentin** est coordonnatrice au MAP Centre for Urban Health Solutions et à Unity Health Toronto. Le **D<sup>r</sup> Nav Persaud** est titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la justice en santé, médecin de famille au Département de médecine familiale et communautaire à l'Hôpital St Michael's, professeur au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et scientifique au MAP Centre for Urban Health Solutions du Li Ka Shing Knowledge Institute à l'Hôpital St Michael's.

## Remerciements

Le processus de production du guide de pratique a reçu du soutien à la fois par l'intermédiaire du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (financé par l'Agence de la santé publique du Canada) et du Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD; financé par Santé Canada).

## Collaborateurs

Ce guide de pratique se fonde sur un protocole de revue systématique publié, élaboré par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. **Amal Rizvi** et **Aine Workentin** ont recueilli les données. Tous les auteurs ont participé à l'analyse et à l'interprétation des données, et à la révision critique du manuscrit pour le contenu intellectuel important. Tous les auteurs ont donné leur approbation à la version finale devant être publiée et ont convenu d'être tenus responsables pour tous les aspects des travaux en assurant que les questions relatives à l'exactitude ou à l'intégrité de toutes les parties des travaux ont été étudiées et résolues.

## Intérêts concurrents

Le **D<sup>r</sup> Nav Persaud** signale des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du programme des Chaires de recherche du Canada. La **D<sup>re</sup> Emily G. McDonald** signale être copropriétaire de MedSafer, une entreprise à but lucratif. La **D<sup>re</sup> Lalitha Raman-Wilms** a reçu un soutien non financier par l'entremise du ReCAD et est coprésidente du Comité des professionnels de la santé au ReCAD. Le **D<sup>r</sup> Roni Y. Kraut** signale des honoraires de Deprescribing.org pour de la rétroaction sur des actions visant à aborder la polypharmacie en soins primaires. La **D<sup>re</sup> Dee Mangin** signale du financement pour de la recherche sur la polypharmacie versé par les IRSC, le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, la Fondation Labarge et l'Université de l'Australie occidentale. Le **D<sup>r</sup> Larry Leung** signale une subvention de la Fondation McKesson.

## Correspondance

**D<sup>r</sup> Nav Persaud**; courriel [nav.persaud@utoronto.ca](mailto:nav.persaud@utoronto.ca)

## Références

- O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age Ageing*. 2008 Mar;37(2):138-41. doi: 10.1093/ageing/afm189.
- Huon JF, Sanyal C, Gagnon CL, Turner JP, et al. The cost of potentially inappropriate medications for older adults in Canada: A comparative cross-sectional study. *J Am Geriatr Soc*. 2024 Nov;72(11):3530-40. doi: 10.1111/jgs.19164. Epub 2024 Sep 5.
- Squires JE, Cho-Young D, Aloisio LD, Bell R, et al. Inappropriate use of clinical practices in Canada: a systematic review. *CMAJ*. 2022 Feb 28;194(8):E279-96. doi: 10.1503/cmaj.211416.
- Shen HN. Polypharmacy and clinical outcomes. *CMAJ*. 2015 Aug 11;187(11):827. doi: 10.1503/cmaj.1150048.
- Muhlack DC, Hoppe LK, Weberpals J, Brenner H, et al. The Association of Potentially Inappropriate Medication at Older Age With Cardiovascular Events and Overall Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Mar 1;18(3):211-20. doi: 10.1016/j.jamda.2016.11.025. Epub 2017 Jan 26.
- Chen CC, Cheng SH. Potentially Inappropriate Medication and Health Care Outcomes: An Instrumental Variable Approach. *Health Serv Res*. 2016 Aug;51(4):1670-91. doi: 10.1111/1475-6773.12417. Epub 2015 Nov 25.
- Faquetti ML, Frey G, Stämpfli D, Weiler S, et al. Prevalence of potentially inappropriate medications among newly treated patients with type 2 diabetes in UK primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2024 Jun;90(6):1376-94. doi: 10.1111/bcp.16018. Epub 2024 Feb 26.
- Reason B, Terner M, Moses McKeag A, Tipper B, et al. The impact of polypharmacy on the health of Canadian seniors. *Fam Pract*. 2012 Aug;29(4):427-32. doi: 10.1093/fampra/cmr124. Epub 2012 Jan 5.
- Doherty AJ, Boland P, Reed J, Clegg AJ, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open*. 2020 Aug 25;4(3):bjgopen20X101096. doi: 10.3399/bjgopen20X101096.
- Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014 Dec 8;4(12):e006544. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006544.
- Robinson M, Mokrzecki S, Mallett AJ. Attitudes and barriers towards deprescribing in older patients experiencing polypharmacy: a narrative review. *NPJ Aging*. 2024 Jan 23;10(1):6. doi: 10.1038/s41514-023-00132-2.
- Ailabouni NJ, Rebecca Weir K, Reeve E, Turner JT, et al. Barriers and enablers of older adults initiating a deprescribing conversation. *Patient Educ Couns*. 2022 Mar;105(3):615-24. doi: 10.1016/j.pec.2021.06.021. Epub 2021 Jun 24.
- Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013 Oct;30(10):793-807. doi: 10.1007/s40266-013-0106-8.
- Pierson T, Arcand V, Farrell B, Gagnon CL, et al. Proceedings of the Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network's 2023 National Meeting. *Drug Saf*. 2024 Sep;47(9):829-39. doi: 10.1007/s40266-024-01444-2. Epub 2024 Jun 17.
- Hauber AB, Han S, Yang JC, Gantz J, et al. Effect of pill burden on dosing preferences, willingness to pay, and likely adherence among patients with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2013 Sep 18;7:937-49. doi: 10.2147/PPA.S43465.
- Mansfield C, Tangka FK, Ekwueme DU, Smith JL, et al. Stated Preference for Cancer Screening: A Systematic Review of the Literature, 1990-2013. *Prev Chronic Dis*. 2016 Feb 25;13:E27. doi: 10.5888/pcd13.150433.
- Parliament of Canada. Bill C-64. First Session, Forty-fourth Parliament, 70-71 Elizabeth II – 1-2-3 Charles III, 2021-2022-2023-2024. Statutes of Canada 2024. Chapter 24: An Act respecting pharmacare [Internet]. Parliament of Canada; 2024 Oct 10 [cited 2024 Oct 24]. Available from: <https://www.parl.ca/documentviewer/en/44-1/bill/C-64/royal-assent>.

18. Low Institute. Medication overload and older Americans [Internet]. Low Institute; [cited 2024 Dec 19]. Available from: <https://lowinstitute.org/projects/medication-overload-how-the-drive-to-prescribe-is-harming-older-americans>.
19. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Methods [Internet]. Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2022 [cited 2024 Oct 24]. Available from: <https://canadiantaskforce.ca/methods>.
20. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 Apr 26;336(7650):924-6. doi: [10.1136/bmj.39489.470347.AD](https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD).
21. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016 Mar 8;352:i1152. doi: [10.1136/bmj.i1152](https://doi.org/10.1136/bmj.i1152). Erratum in: *BMJ*. 2016 Sep 06;354:i4852. doi: [10.1136/bmj.i4852](https://doi.org/10.1136/bmj.i4852).
22. Beck A, Persaud N, Tessier LA, Grad R, et al. Interventions to address potentially inappropriate prescriptions and over-the-counter medication use among adults 65 years and older in primary care settings: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2022 Oct 20;11(1):225. doi: [10.1186/s13643-022-02044-w](https://doi.org/10.1186/s13643-022-02044-w).
23. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, Kersten S, et al. Guidelines International Network: Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines. *Ann Intern Med*. 2015 Oct 6;163(7):548-53. doi: [10.7326/M14-1885](https://doi.org/10.7326/M14-1885).
24. Persaud N, Workentin A, Rizvi A, Pierson T, et al. Interventions to Address Potentially Inappropriate Prescribing for Older Primary Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2025 Jun 2;8(6):e2517965. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2025.17965](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.17965).
25. Persaud N, Rizvi A, Workentin A, Skidmore B, et al. Acceptability of Interventions to Address Polypharmacy in Older Adult Outpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Sci Rep*. 2025 Jul 31;8(8):e70981. doi: [10.1002/hsr2.70981](https://doi.org/10.1002/hsr2.70981).
26. Harris J, Argáez C. Community Pharmacist–Led Medication Reviews. *Can J Health Technol*. 2021 Jul 27;1(7). doi: [10.51731/cjht.2021.102](https://doi.org/10.51731/cjht.2021.102).
27. Kolhatkar A, Cheng L, Chan FK, Harrison M, et al. The impact of medication reviews by community pharmacists. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2016 Sep-Oct;56(5):513-20.e1. doi: [10.1016/j.japh.2016.05.002](https://doi.org/10.1016/j.japh.2016.05.002).
28. King A, Brockbank N. Ontario's MedsCheck program could see changes amid allegations of improper use. *CBC News* [Internet]. 2024 Apr 29 [cited 2204 Nov 5]. Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-medscheck-program-redesign-1.7186143>.
29. Romano S, Figueira D, Teixeira I, Perelman J. Deprescribing Interventions among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review of Economic Evaluations. *Pharmacoeconomics*. 2022 Mar;40(3):269-95. doi: [10.1007/s40273-021-01120-8](https://doi.org/10.1007/s40273-021-01120-8). Epub 2021 Dec 16.
30. Croke A, Cardwell K, Clyne B, Moriarty F, et al. The effectiveness and cost of integrating pharmacists within general practice to optimize prescribing and health outcomes in primary care patients with polypharmacy: a systematic review. *BMC Prim Care*. 2023 Feb 6;24(1):41. doi: [10.1186/s12875-022-01952-z](https://doi.org/10.1186/s12875-022-01952-z).
31. Verdoorn S, van de Pol J, Hövels AM, Kwint HF, et al. Cost-utility and cost-effectiveness analysis of a clinical medication review focused on personal goals in older persons with polypharmacy compared to usual care: Economic evaluation of the DREAMer study. *Br J Clin Pharmacol*. 2021 Feb;87(2):588-97. doi: [10.1111/bcp.14421](https://doi.org/10.1111/bcp.14421). Epub 2020 Jun 30.
32. Deprescribing.org. Deprescribing Guidelines Repository (DEPOT) [Internet]. Deprescribing.org; [cited 2024 Oct 24]. Available from: <https://deprescribing.org/deprescribing-guidelines-repository-depot>.
33. Benzodiazepine Information Coalition. The Maudsley Deprescribing Guidelines: Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs [Internet]. Benzodiazepine Information Coalition; 2024 Feb 5 [cited 2024 Oct 24]. Available from: <https://www.benzoinfo.com/2024/02/05/the-maudsley-deprescribing-guidelines>.
34. Hamilton M, Kwok WS, Hsu A, Mathieson S, et al. Opioid deprescribing in patients with chronic noncancer pain: a systematic review of international guidelines. *Pain*. 2023 Mar 1;164(3):485-93. doi: [10.1097/j.pain.0000000000002746](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002746). Epub 2022 Aug 9.
35. Langford AV, Gnjjidic D, Lin CC, Bero L, et al. «The lesser of two evils»: a framework analysis of consumers' perspectives on opioid deprescribing and the development of opioid deprescribing guidelines. *Pain*. 2021 Nov 1;162(11):2686-92. doi: [10.1097/j.pain.0000000000002270](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002270).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

*Can Fam Physician*. 2026 mars;72(3):e59-65.  
doi: [10.46747/cfp.7203e59](https://doi.org/10.46747/cfp.7203e59)

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **March 2026** issue on **page 173**.