

DÉPRESCRIRE

Pourquoi, comment, et avec qui?

Anne Spinewine

CHU UCL Namur, service pharmacie clinique
Faculté de Pharmacie et des Sciences Biomédicales
Clinical Pharmacy and Pharmacoepidemiology Research Group

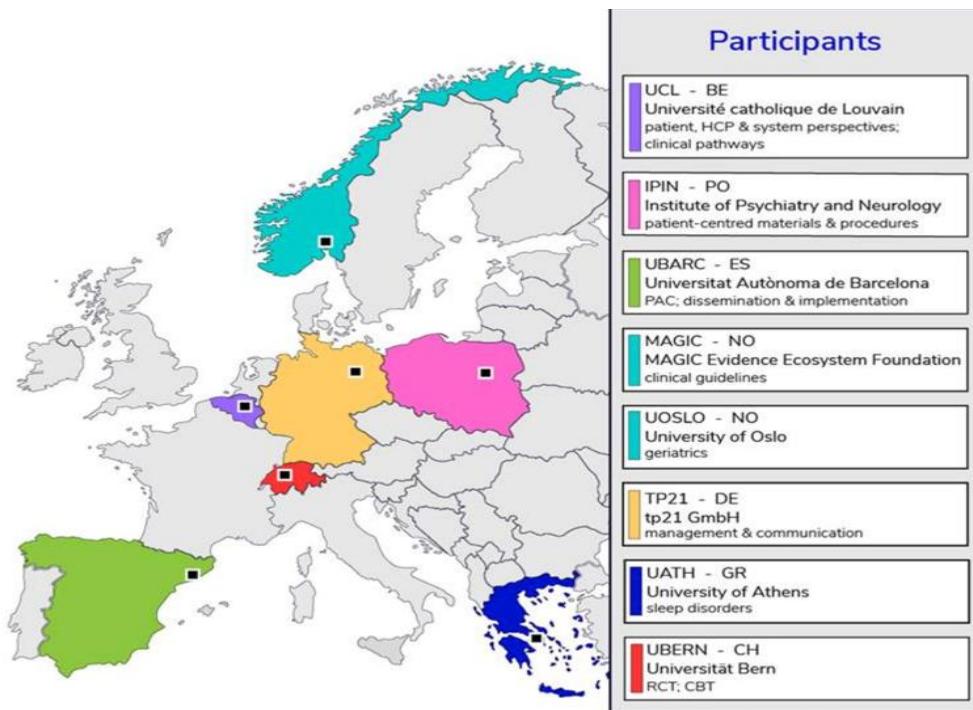


BE-SAFE



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

Horizon Europe – 101057123 – 09/2022-08/2027



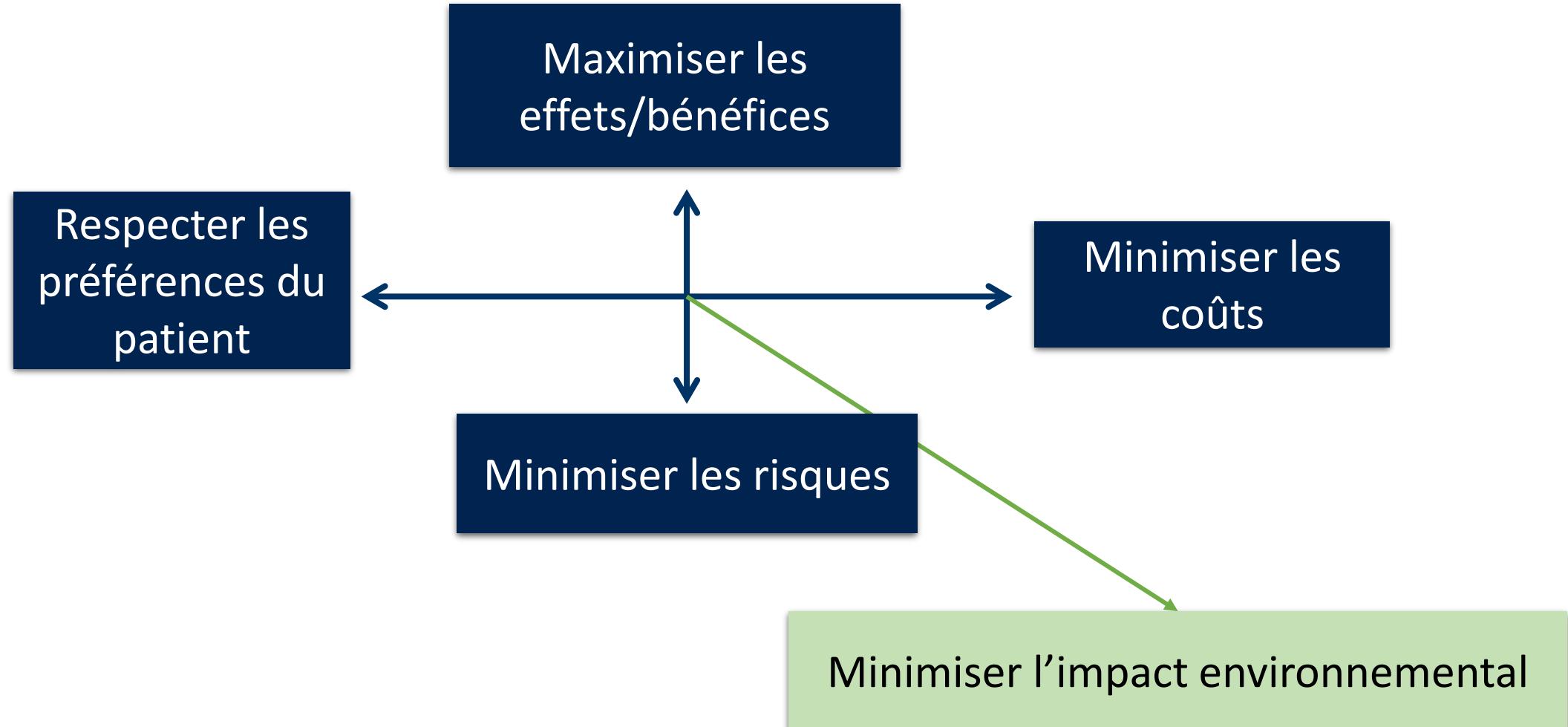
Deprescribing in older adults through an Implementation Science approach

Actions de Recherche Concertées (ARC)
2022-2027

- Axe patient
- Axe futurs professionnels de santé
- Axe politiques de santé
- Cas d'étude: Déprescription BZRA en ambulatoire et en MRS



Prescription appropriée des médicaments = ?



1. Déprescrire: Pourquoi?

Pourquoi déprescrire?

Right care 1

Lancet 2017; 390: 156-68

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

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 sont inutiles ou potentiellement délétères

Medication overuse: The use of a medication which is

- not (or no longer) clinically indicated,
- has an an unfavourable benefit-to-harm ratio,
- and/or does not align with a patient's treatment goals and preferences

- Fréquent
- Délétère pour les patients
- Menace la durabilité de nos systèmes de soins

The New York Times

Taking Multiple Medications? You May Need to Scale Back.



April 22, 2024

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CLINICAL PRACTICE

Opioid Deprescribing in Patients with Noncancer Pain

Chung-Wei Christine Lin, Ph.D.,^{1,2} and Aili V. Langford, Ph.D.^{3,4}

This Journal feature begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. The article ends with the authors' clinical recommendations.

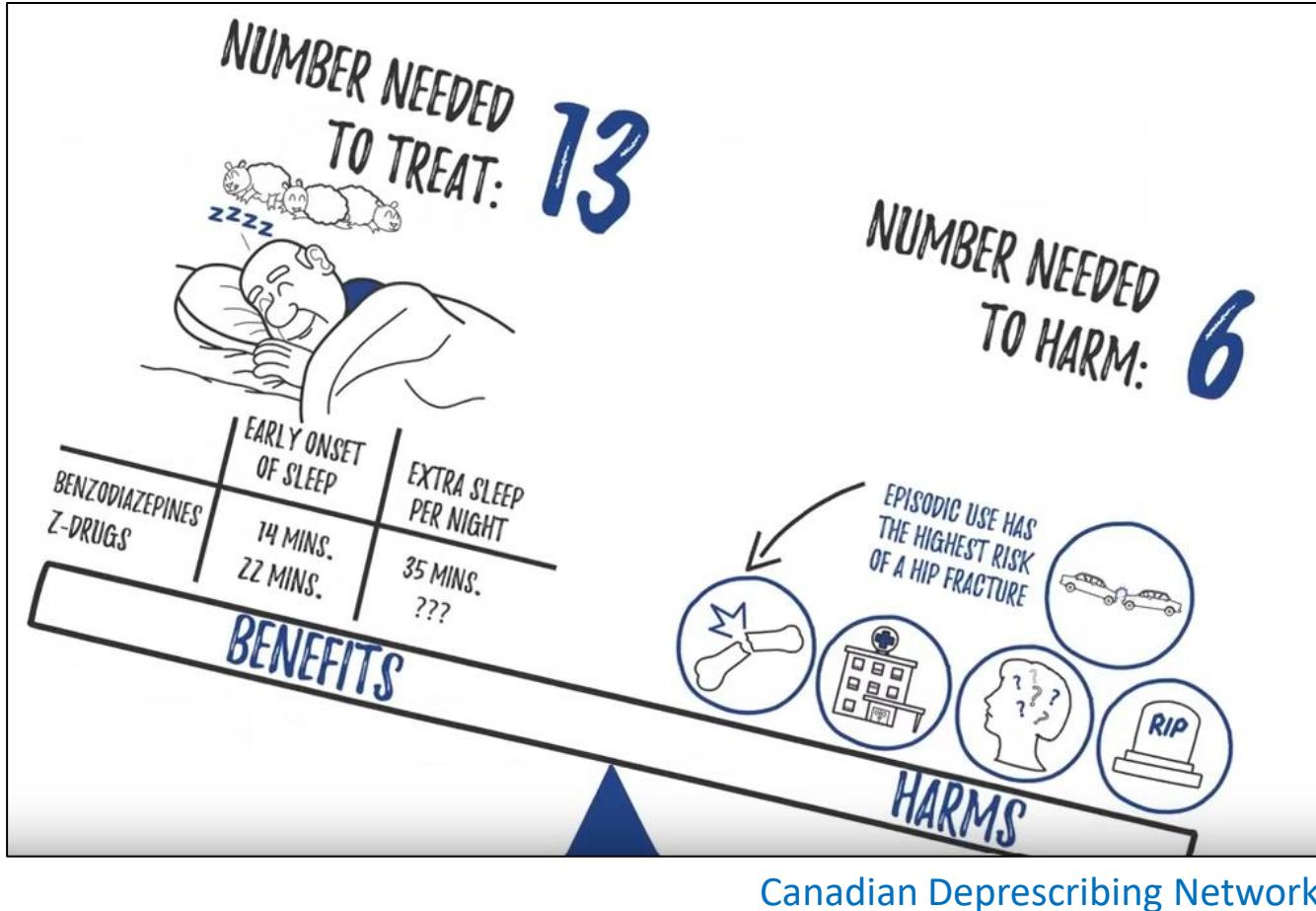
Nov 5, 2025

Quand vous entendez le mot déprescription, à quelle(s) classe(s) de médicaments pensez-vous?

Surprescription en Belgique

- **11% des médicaments** pris par les patients admis en gériatrie aiguë n'ont pas (plus) d'indication valable (Spinewine et al. 2007)
- Surprescription d'antidiabétiques chez **57% des patients âgés diabétiques** de type 2; associée à une mortalité augmentée à 1 an (Christiaens et al. 2020)
- Surprescription de solution de perfusion chez **57% des patients hospitalisés perfusés** (Sneyers et al., IJCP 2025)
- **59% des patients schizophrènes** quittent l'hôpital avec une polythérapie antipsychotique (Lagreula et al. 2022)

Benzodiazépines



(Sur)utilisation chez les personnes âgées en Belgique:

- 18% (Petein 2021)
 - 52% (Evrard 2020)
 - 39% (Sibille 2022)
- Déprescription = priorité

OR [IC95] hospitalisation: 3.50 [1.41-8.68]

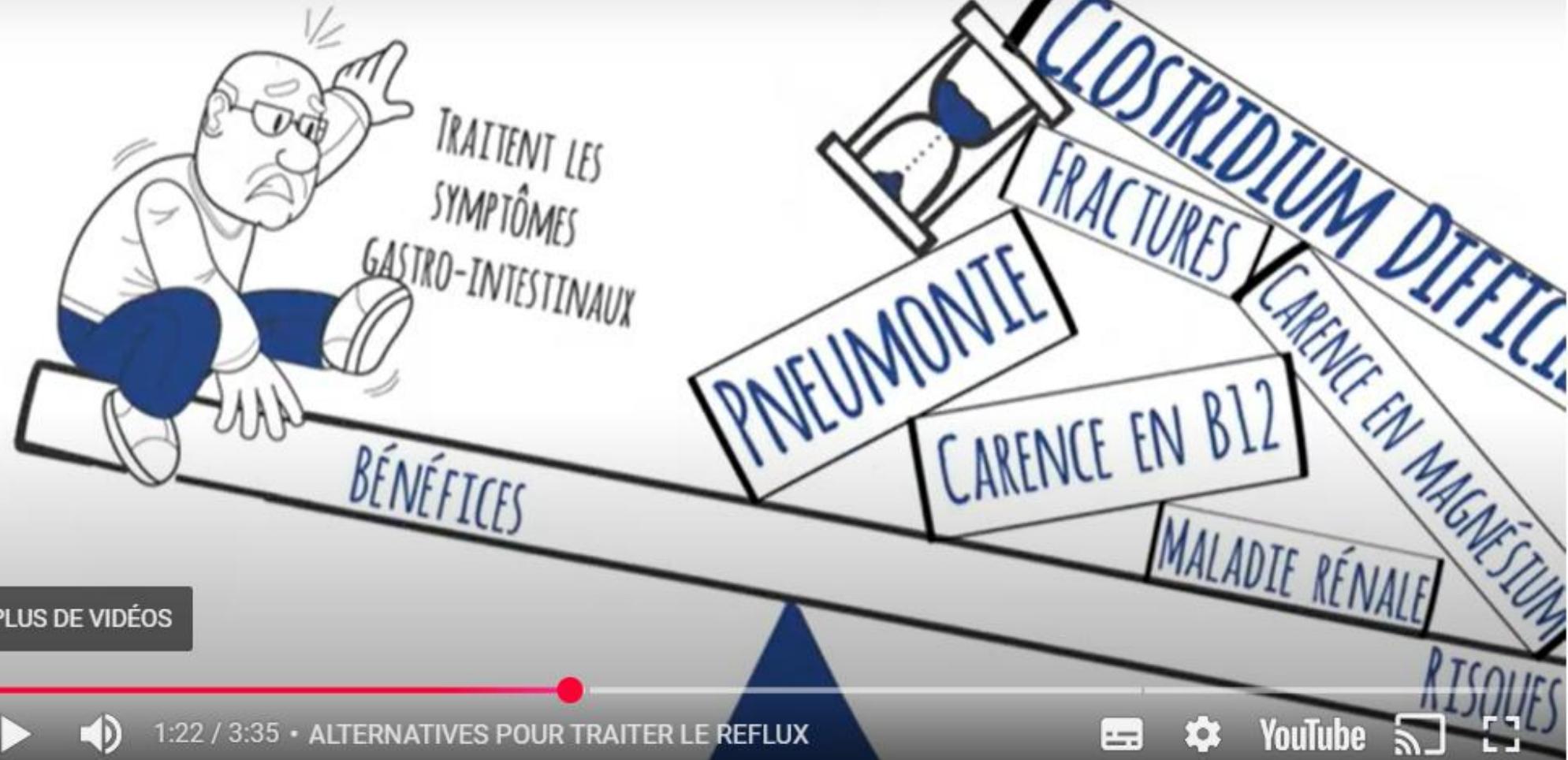
RR [IC95] fracture: 1.63 [1.42-1.87]



Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à proton



Copier le li...



Inappropriate opioid prescription after surgery

Mark D Neuman, Brian T Bateman, Hannah Wunsch

Worldwide, the use of prescription opioid analgesics more than doubled between 2001 and 2013, with several countries, including the USA, Canada, and Australia, experiencing epidemics of opioid misuse and abuse over this period. In this context, excessive prescribing of opioids for pain treatment after surgery has been recognised as an important concern for public health and a potential contributor to patterns of opioid misuse and related harm. In the second paper in this Series we review the evolution of prescription opioid use for pain treatment after surgery in the USA, Canada, and other countries. We summarise evidence on the extent of opioid overprescribing after surgery and its potential association with subsequent opioid misuse, diversion, and the development of opioid use disorder. We discuss evidence on patient, physician, and system-level predictors of excessive prescribing after surgery, and summarise recent work on clinical and policy efforts to reduce such prescribing while ensuring adequate pain control.

Lancet 2019; 393: 1547-57

See [Editorial](#) page 1478

See [Comment](#) page 1483

This is the second in a [Series](#) of three papers about postoperative pain management and opioids

Department of Anesthesiology and Critical Care, Perelman School of Medicine and Leonard Davis Institute of



Flash
VIG-news

29.11.2023

Nouvelles mesures pour limiter les risques d'abus et de dépendance aux opioïdes.

En raison de l'augmentation des cas d'abus et de dépendance rapportés ces dernières années avec des médicaments opioïdes le PRAC a décidé de renforcer les messages visant à limiter ces risques dans les RCP et notices de ces médicaments.

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

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

NSAIDs non-steroidal anti-inflammatory drugs

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)

Tackling overprescribing: a must for climate action



by BJGP Life · 28 September 2022



New Editorial

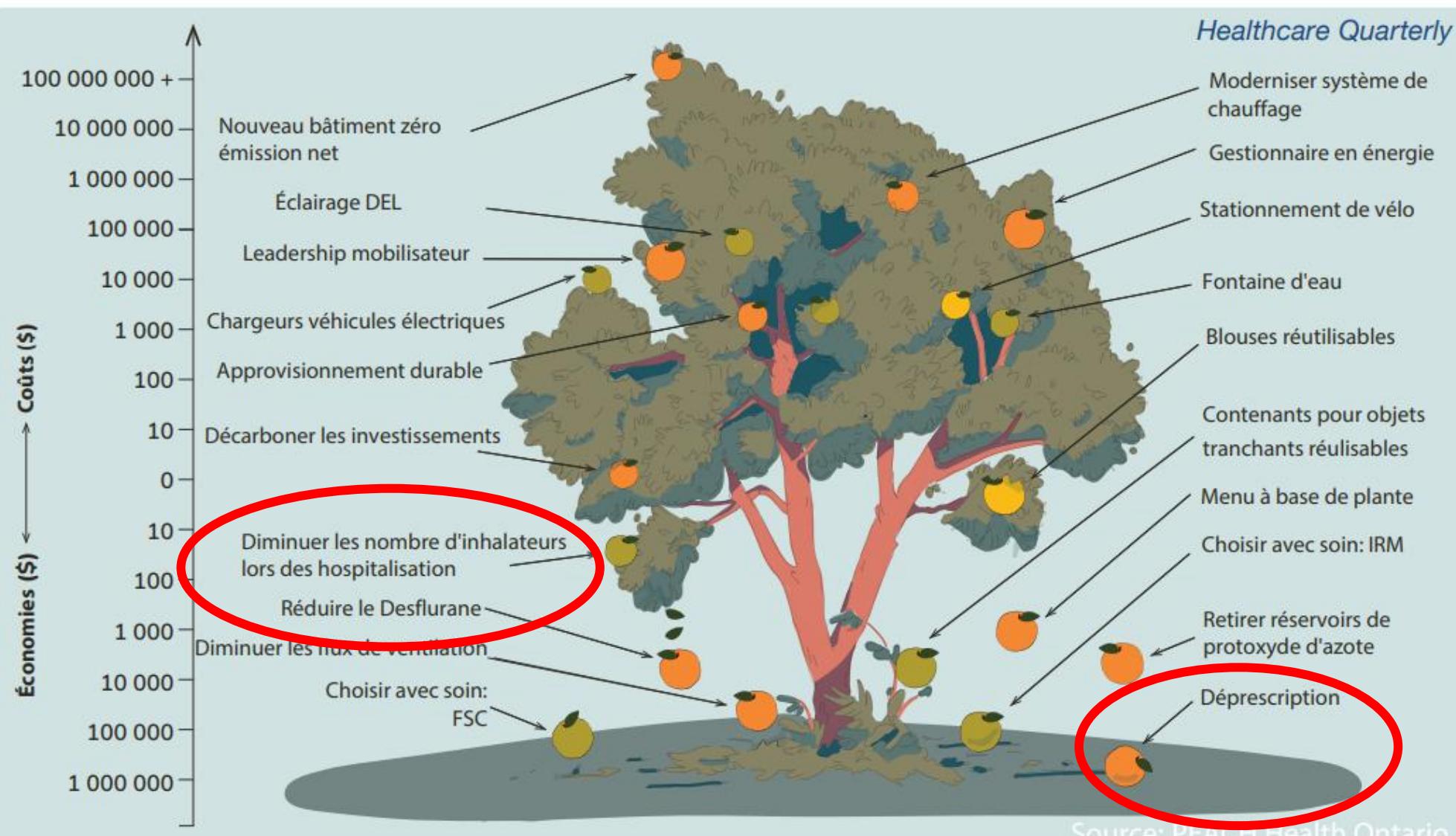
Achieving sustainable healthcare through deprescribing

 Cochrane Library

 COCHRANELIBRARY.COM

 @COCHRANELIBRARY

The graphic features a purple border. At the top, a purple bar contains the text 'New Editorial'. Below this is a teal background area with a stylized illustration of five healthcare professionals in white lab coats. From left to right: a man with a stethoscope, a man with glasses holding a test tube, a man in a white coat, a woman with dark hair, and a woman with blonde hair. A large, yellow and green capsule is positioned in front of the man in the white coat. Below the illustration, a dark blue bar contains the text 'Achieving sustainable healthcare through deprescribing'. At the bottom, a purple bar contains the 'Cochrane Library' logo (a stylized 'C' inside a circle), the website 'COCHRANELIBRARY.COM', and the Twitter handle '@COCHRANELIBRARY'. A small circular icon with a crosshair symbol is in the top right corner of the teal area.



Traduit par



Retour sur investissement



Retardé ou nul

Économies de GES



2. Déprescrire: Quand et Comment?

*« Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement,
mais c'est un art d'une bien plus grande difficulté que de savoir
quand les arrêter ou ne pas les prescrire. »*

Philippe PINEL (1745-1826)

Exemples de revues Cochrane



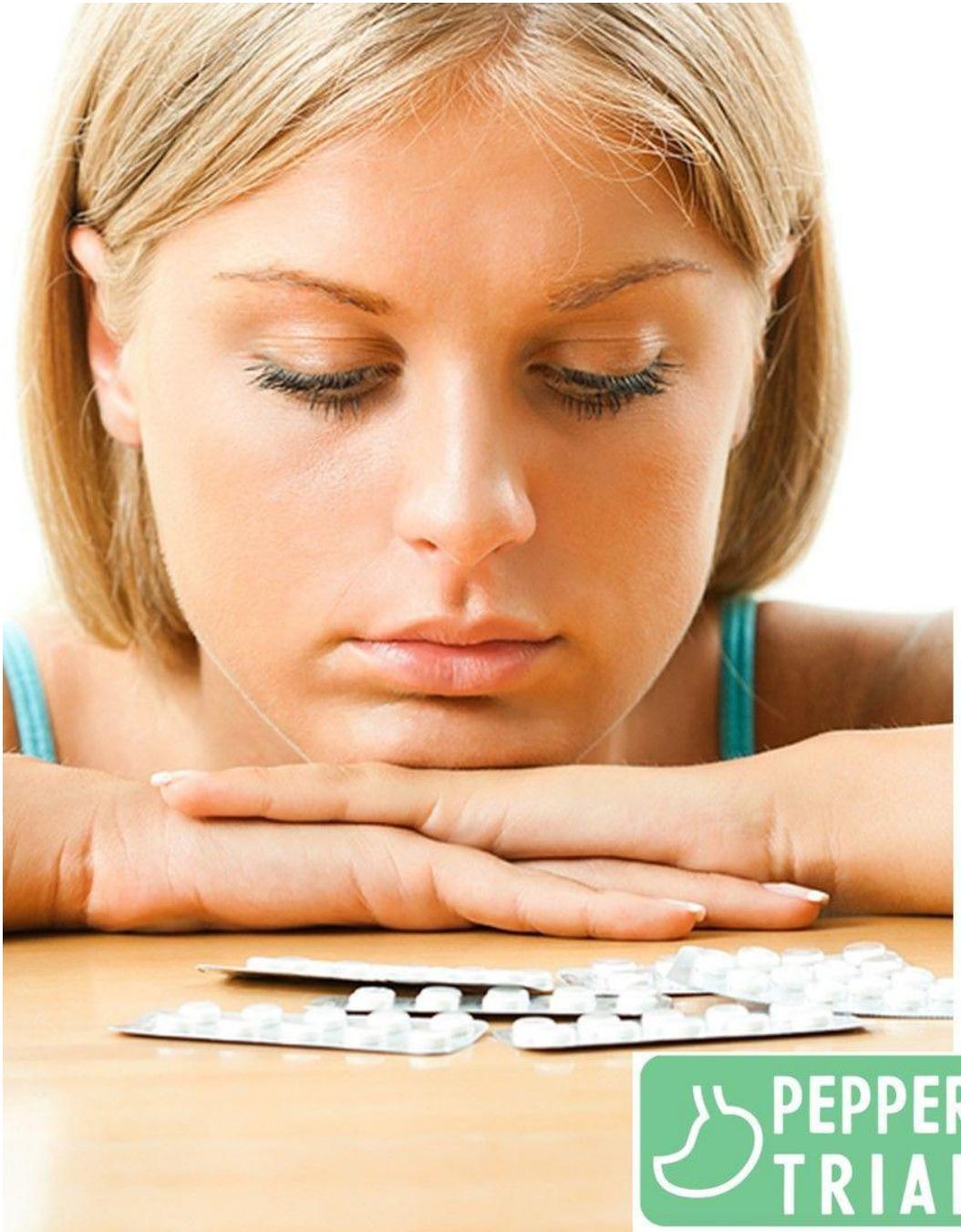
Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

- 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**

- 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

Preuves que la déprescription de certains médicaments est sûre et bénéfique dans certaines situations.

Besoin de davantage de preuves de haute qualité.



75% patients randomized



PEPPER

Determining the optimal strategy for stopping chronic proton pump inhibitor (PPI) therapy in primary care patients: impact of on-demand use, adjunctive therapies and antacids

PEPPER: Primary carE PPi dEprescRibing trial

- Chief investigator: Pr Tack (UZ Leuven)
- 609 patients randomized by 75 GP practices
- Budget study: 1.96 million €
- Results in 2026



More information: [KCE website](#) > [KCE Trials](#) > [Funded Trials](#)

SHAPERS: Efficacité et sécurité d'une radiothérapie de courte durée (SCRT) par rapport à une thérapie néoadjuvante totale chez les patients âgés atteints d'un cancer du rectum localement avancé : un essai clinique pragmatique multicentrique (KCE-211331)

Résumé ([Anglais](#) ou [Néerlandais](#))

La prise en charge des patients atteints d'un cancer du rectum localement avancé s'est améliorée au fil du temps, mais une part non négligeable d'entre eux succombent encore à leur maladie. C'est pourquoi les stratégies de traitement préopératoire intensives et multimodales faisant appel à la radiothérapie et à la chimiothérapie (ce que l'on appelle la « thérapie néoadjuvante totale ») sont de plus en plus utilisées dans la pratique clinique courante afin de réduire le risque de récidive du cancer après l'intervention chirurgicale et d'améliorer la survie. On peut toutefois se demander si les bénéfices en termes de survie de ces approches intensives sont suffisamment importants pour justifier le risque accru de toxicités liées au traitement et de séquelles fonctionnelles à long terme, qui peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie. Cette préoccupation est particulièrement valable pour les patients plus âgés, qui sont généralement moins susceptibles (en raison de leur espérance de vie plus courte) de bénéficier des faibles avantages en termes de survie d'une thérapie néoadjuvante totale, mais aussi plus enclins à souffrir de toxicités que des patients plus jeunes. **Cet essai clinique vise à démontrer que les stratégies de traitement préopératoire conventionnelles moins intensives, telles que la radiothérapie seule, représentent un meilleur compromis entre l'efficacité et la toxicité pour les patients âgés de ≥70 ans atteints d'un cancer du rectum localement avancé, par rapport à la thérapie néoadjuvante totale.** Cette étude a le potentiel d'établir les soins optimaux dans ce contexte, en fournissant aux médecins et aux patients des preuves complètes qui peuvent être utilisées pour éclairer la prise de décision et améliorer l'expérience globale du patient pendant le traitement, ainsi que la qualité de vie après le traitement.

Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis

Dena Zeraatkar,^{1,2} Sumanth Kumbargere Nagraj,³ Michael Ling,¹ Tanvir Jassal,¹ Sarah Kirsh,^{1,2} João Pedro Lima,^{1,2} Tyler Pitre,⁴ Rachel Couban,¹ Muizz Hussain,⁵ Siri Seterelv,³ Stijn Van de Velde,³ Katarzyna Gustavsson,^{6,7} Adam Wichniak,⁶ Carole E Aubert,^{8,9} Antoine Christiaens,^{10,11} Anne Spinewine,^{11,12} Thomas Agoritsas^{2,3,13}

Weak recommendation

For patients taking BSHs for insomnia disorder, we suggest offering deprescription rather than usual care.

- Either option is reasonable and depends on the patients values and preferences as well as their context. E.g., discontinuation may be particularly important for an older patient exposed to polypharmacy, and who are at high risk of harms from BSH, such as falls or confusion. On the other hand, a patient at lower risk of such adverse events, and facing other challenging health conditions, may not prioritize discontinuation of BSH in a given time and context.
- Shared decision making is needed for patients who are considering deprescription.
- Clinicians need not feel obligated to systematically raise the issue of deprescription, however specific events, such as a fall or hospitalisations can leverage a discussion on possible strategies.

ECRI Guidelines Trust® | Guideline Profile

Clinical guideline on deprescription of benzodiazepine and sedative hypnotics (BSHs) in insomnia disorder.

Guideline ID: 3546

Published: 2023 Aug 31

MAGIC Evidence Ecosystem Foundation

BE-SAFE Project. Clinical guideline on deprescription of benzodiazepine and sedative hypnotics (BSHs) in insomnia disorder. Oslo (Norway): MAGIC Evidence Ecosystem Foundation; 2023 Aug 31. 67 p. [83 references]

 [View Original Guideline](#)



- Recommandations prochainement intégrées à la guidance belge sur la prise en charge de l'insomnie (WOREL) <https://app.magicapp.org/#/guideline/8946>

Ressources belges: cbip



Médicaments chez la personne âgée – Déprescription

⌚ 30' Avec l'âge, certains médicaments finissent par présenter plus d'inconvénients que d'avantages. Comment reconnaître ces médicaments ? Et comment les arrêter ou les réduire progressivement en toute sécurité ?

Médecins: 0.5 CP, Pharmacien d'officine: 1 CP, Pharmacien hospitalier: 1 CP



Sevrage progressif des opioïdes

⌚ XL - 1 heure

Apprenez pourquoi et chez qui envisager un sevrage progressif des opioïdes, quelles sont les précautions à prendre et entraînez-vous à l'aide d'un schéma de sevrage simplifié.

Médecins: 1 CP, Pharmacien d'officine: 2 CP, Pharmacien hospitalier: 2 CP

⌚ septembre 2022



IPP au long cours, une bonne idée ?

⌚ 30'

Arrêter un IPP, tout un défi ? Avec la bonne stratégie, c'est possible ! Suivez le module e-learning et bénéficiez d'outils pratiques.

Médecins: 0.5 CP, Pharmacien d'officine: 1 CP, Pharmacien hospitalier: 1 CP

⌚ mars 2025



Sevrage des benzodiazépines

⌚ XL - 1 heure

Vous souhaitez aider votre patient souffrant de troubles du sommeil à réduire progressivement sa consommation de benzodiazépines ou de Z-drugs, mais vous hésitez à vous lancer ?

Médecins: 1 CP, Pharmacien d'officine: 2 CP, Pharmacien hospitalier: 2 CP

⌚ février 2024



Arrêt progressif des antidépresseurs

⌚ XL - 1 heure

Pourquoi arrêter ? Comment aborder la question avec votre patient ? Comment vous y prendre ? Découvrez-le ici.

Médecins: 1 CP, Pharmacien d'officine: 2 CP, Pharmacien hospitalier: 2 CP

⌚ décembre 2024

Folia Pharmacotherapeutica janvier 2024

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



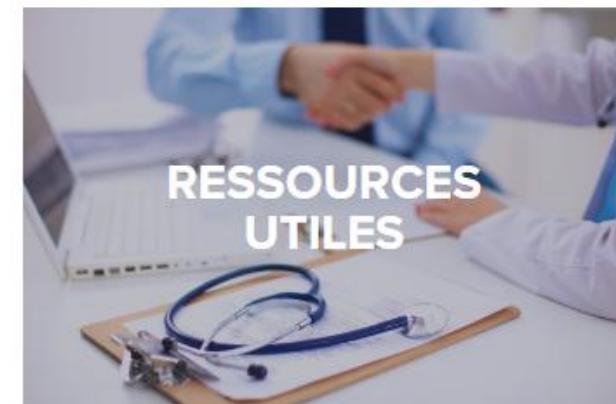
<https://www.usagepsychotropes.be/>



Psychotropes : quels risques pour vos patients ? Ensemble, favorisons un usage adapté

Vous êtes





NEW

DI PREScrire

Classes médicamenteuses ▾ Ressources pour la déprescription Equipe Contact



Déprescrire

Ressources pour accompagner les professionnels de santé belges dans la déprescription.

Le site deprescrire.be est une initiative du groupe de recherche DI-PREScrire de l'UCLouvain.



Sommaire

- 1. Algorithmes
- 2. Guides de déprescription
- 3. Brochures à destination du patient
- 4. Les formations en ligne
- 5. Autres ressources utiles



Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
Entre 18-64 ans : prise de BZRA > 4 semaines

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non générée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Impliquer les patients

(Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. -25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggravent l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes :

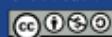
Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme.
 Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0.
 Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Can Fam Physician 2018;64:339-51 (ang), e209-24 (Fr).





Somnifères - calmants

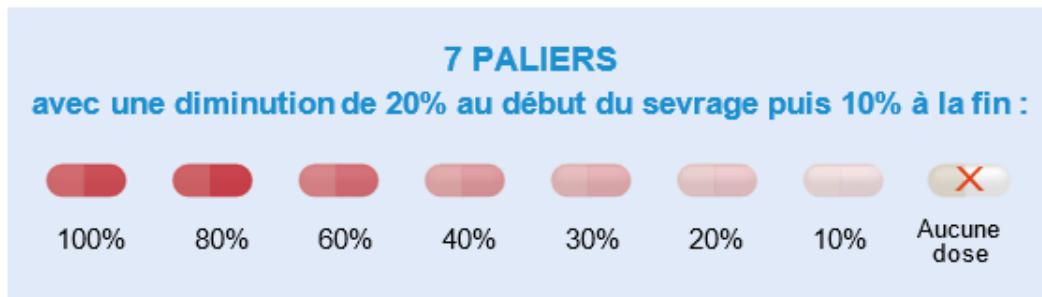
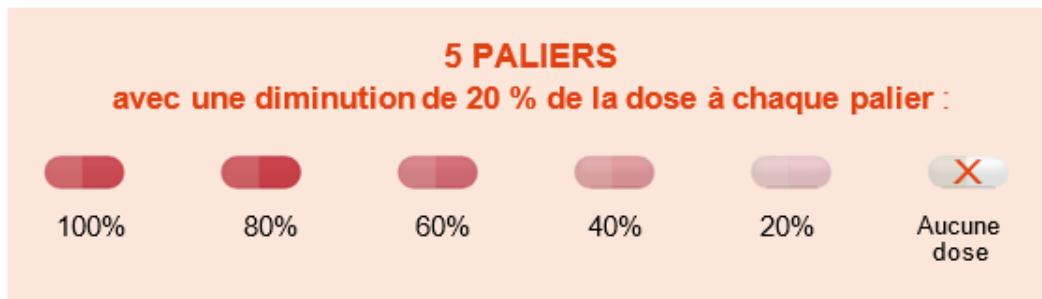
Vous prenez un somnifère ou un calmant
Vous pourriez être à risque

- Alprazolam (Alpraz®, Xanax®)
- Lorazepam (Lorazetop®, Sérénase®, Temesta®)
- Bromazepam (Lexotan®)
- Brotizolam (Lendormin®)
- Lormetazepam (Loramet®, Metatop®, Noctamid®, Stilaze®)
- Clobazam (Frisium®)
- Clonazepam (Rivotril®)
- Loprazolam (Dormonoc®)
- Clorazepate (Tranxène®, Uni-Tranxène®)
- Nitrazepam (Mogadon®)
- Clotiazepam (Clozan®)
- Nordazepam (Calmday®)
- Diazepam (Diazetop®, Valium®)
- Oxazepam
- Flurazepam (Staurodorm®)
- Prazepam (Lysanxia®)
- Flunitrazepam
- Triazolam (Halcion®)
- Loflazepate d'éthyle (Victan®)
- Zolpidem (Stilnoct®, Zolpitop®)
- Zopiclone (Imovane®)

avec le soutien de



Adaptation réalisée avec l'aimable autorisation de Madame Cara Tannenbaum de la brochure « Vous êtes à risque » (© 2014 par Cara Tannenbaum et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal). Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés. Licences de droits d'auteur disponibles sur demande auprès d'Anne Spinewine (UCLouvain).



SEMAINES	EXEMPLE DE PLAN DE SEVRAGE				
	LUN	MAR	MER	JEU	VEN
1 et 2	●	●	●	●	●
3 et 4	●	●	●	●	●
5 et 6	●	●	●	●	●
7 et 8	●	●	●	●	●
9 et 10	●	●	●	●	●
11 et 12	●	●	●	●	●
13 et 14	●	●	●	●	●
15 et 16	✗	●	✗	✗	●
17 et 18	✗	✗	✗	✗	✗



Légende					
●	Pleine dose	●	La moitié de la dose	●	Le quart de la dose
✗					Aucune dose

3. Déprescrire: Avec qui?

Patient – Médecin – Pharmacien

Autres professionnels de santé

Au-delà des guidances, des changements de comportement sont nécessaires.



[!\[\]\(bf80706fd45b2e83a49a353977575631_img.jpg\) Health Topics](#) [!\[\]\(42809253693285004295f1400ff05296_img.jpg\) Countries](#) [!\[\]\(671303daf9434044c4cdd8f89cfb4f2a_img.jpg\) Newsroom](#) [!\[\]\(ee0d8b92495cd818c61c531ee5aac0c8_img.jpg\) Emergencies](#) [!\[\]\(b571d4a302a44fb18323de78f5377b2e_img.jpg\) Data](#) [!\[\]\(395794f8c98d25c3f195f8ced99e7ae4_img.jpg\) About WHO](#)

Home / Initiatives / Behavioural Sciences for Better Health / Behavioural sciences global agenda



Behavioural sciences global agenda

Quelle est la proportion de patients qui seraient prêts
à arrêter leur médicament
si leur médecin le leur proposait?



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

1

SURMONTER LES OBSTACLES À LA DÉPRESCRIPTION

DÉPRESCRIRE



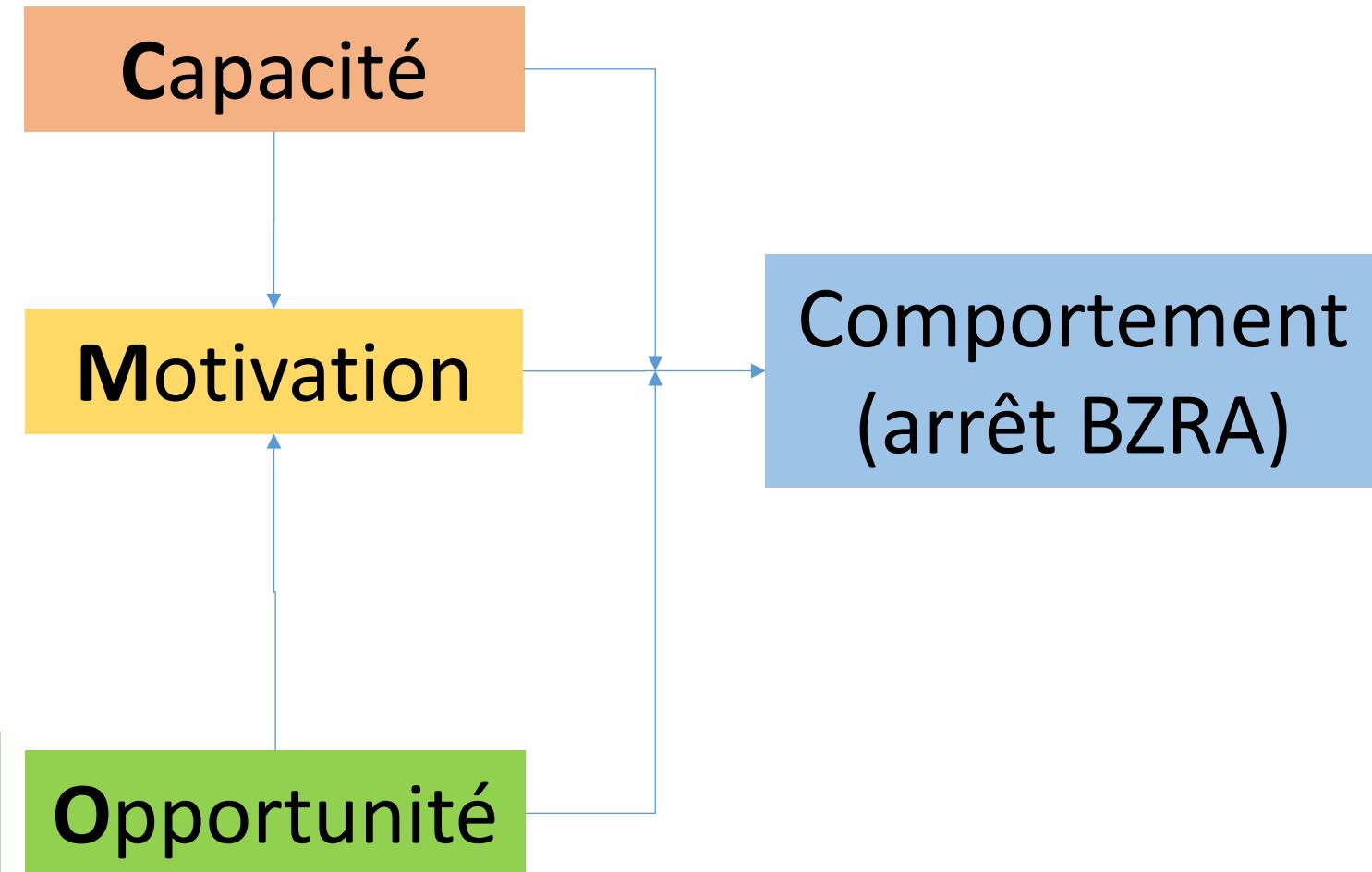
Changer les comportements du patient

Exemples de freins

Manque de connaissances des raisons pour lesquelles il faut arrêter les BZRA, des alternatives NP, souhait statut quo sauf si problème ++

Perception exagérée des bénéfices et insuffisante des risques; BZRA perçues comme réparatrices et nécessaires pour maintenir vie normale; croyance que déprescription à un âge avancé non bénéfique

Confiance en MG; croyance que si le médecin prescrit (et pharmacien délivre), les benzodiazépines sont sans danger; absence de soutien des proches



Étude réalisée chez 221 patients âgés de 65 ans et + (157 domicile, 64 MRS) –
Pétein C; 40 patients âgés hospitalisés (Shapoval V)

- [89%] Globalement, je suis satisfait(e) de ma benzodiazépine.
- [78%] J'ai le sentiment de ne pas avoir d'autre choix que de prendre ma benzodiazépine pour me sentir bien ou bien dormir
- [13%] Je crois que ma benzodiazépine me donne des effets 2°
- [61%] Si ma benzodiazépine était arrêtée, je serais inquiet(e) pour ma santé ou mon bien-être
- [52%] Si mon médecin me le recommandait, je serais prêt(e) à diminuer la dose de ma benzodiazépine
- [12%] J'ai déjà lu ou entendu des informations sur les moyens d'arrêter ma benzodiazépine
- [24%] Il y a des personnes dans mon entourage qui pourraient m'aider à arrêter ma benzodiazépine



EMPIRICAL STUDIES

OPEN ACCESS



'I haven't discussed anything with anyone': lived experience of long-term users of benzodiazepine receptor agonists regarding their treatment for substance use disorder

Pauline Van Ngoc ^a, Melissa Ceuterick  ^b, Jean-Luc Belche  ^a and Beatrice Scholtes  ^a

^aResearch Unit of Primary Care and Health, Department of General Medicine, Faculty of Medicine, University of Liège, Liège, Belgium;

^bHedera, Department of Sociology, Faculty of Political and Social Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium

Accompagner le patient

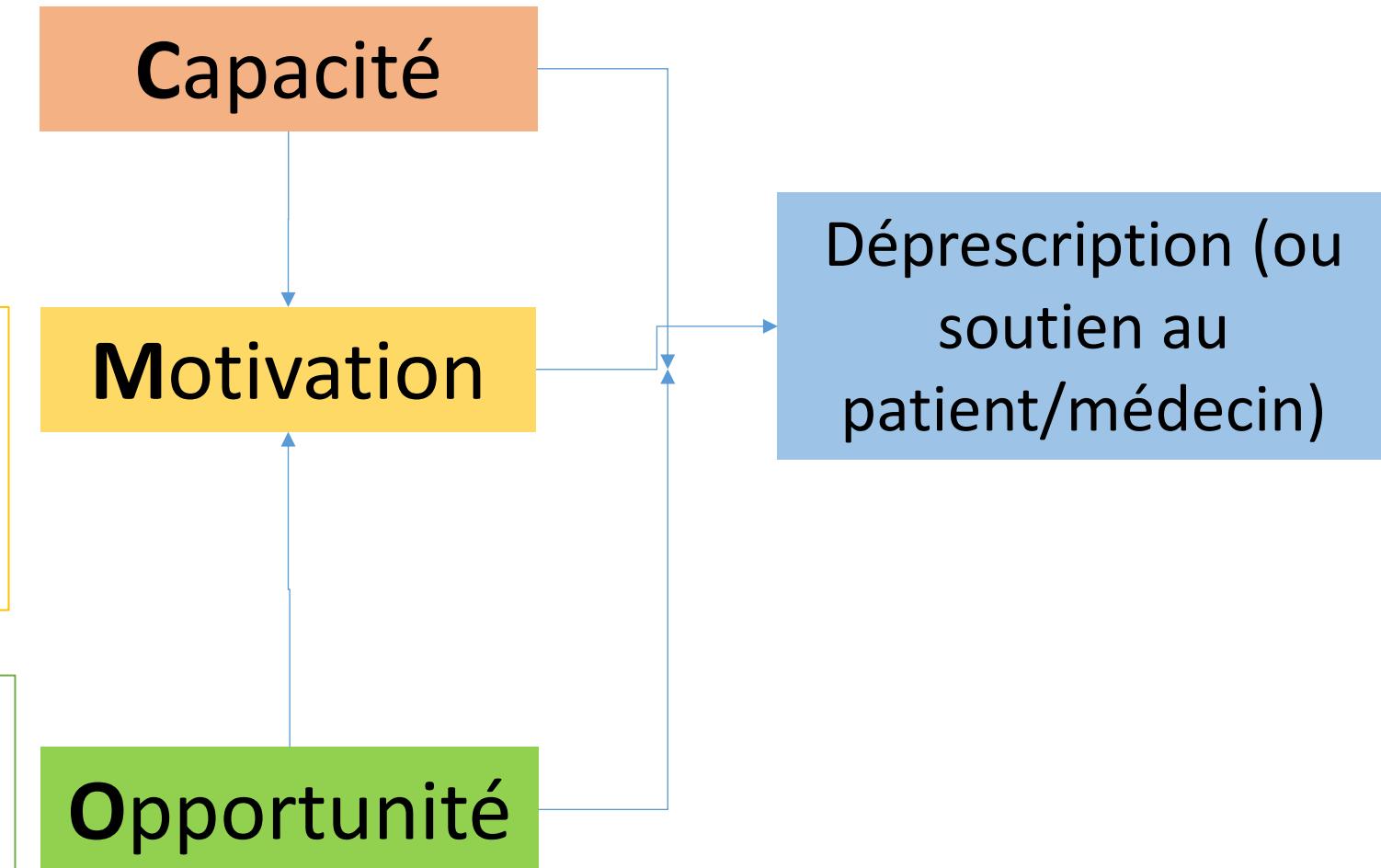
- Ecoute, empathie, accompagnement; ne pas juger
- Respect du vécu, de l'expérience (pex importance d'une bonne nuit de sommeil)
- Parler de la déprescription en termes positifs
 - Bénéfices possibles de la déprescription: diminution du risque de chute, sédation en journée, amélioration mémoire et attention
 - Aligner aux objectifs du patient, à ce qui compte le plus pour lui
- Leviers importants dans la conversation: risque d'effets secondaires; travailler ensemble pour diminuer la dose (et PAS: BZRA non efficace) (Green et al 2021)
- Anticiper un chemin sinueux plutôt qu'une ligne droite; conversations multiples souvent nécessaires; répéter au patient nos préoccupations et conseils
- Patients ayant déjà essayé d'arrêter auparavant: ne pas les laisser de côté
- Outils disponibles via www.deprescrire.be

Changer les comportements du médecin/PDS

Savoir comment impliquer les patients; Statut quo et renouvellement + facile

Perception que patients résistants et que les motiver est difficile; Perception rôle/collaboration; Autres priorités

Alternatives peu nombreuses ou non remboursées; programme de sevrage INAMI; Pression des patients



Pharmacist interventions to deprescribe opioids and benzodiazepines in older adults: A rapid review

Joshua D. Niznik ^{a,b,c,*}, Brendan J. Collins ^b, Lori T. Armistead ^b, Claire K. Larson ^a,
Casey J. Kelley ^a, Tamera D. Hughes ^b, Kimberly A. Sanders ^b, Rebecca Carlson ^d,
Stefanie P. Ferreri ^b

- Generally speaking, interventions utilizing educational materials and those in which pharmacists **engaged with patients and providers were more effective.**
- Interventions relying on electronic communication by pharmacists were less successful, due to low acceptance or acknowledgement.

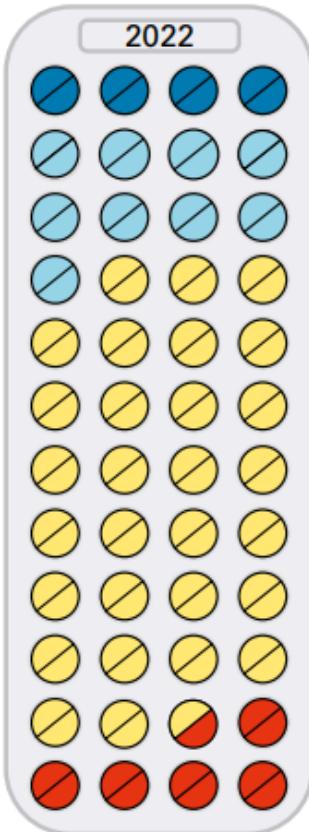
Mythe: je n'ai pas le temps

- Une question de temps... ou de priorité?
- Une opportunité pour renforcer la multidisciplinarité
- La balle est dans notre camp; celui des titulaires, gestionnaires, politiques

Déprescrire, mais aussi

... ne pas prescrire

Ne pas prescrire



La Revue Prescrire Février 2023.

L'année 2022 du médicament, en bref.

● Progrès notable

○ Pas de progrès démontré

○ Progrès minime

● Plus dangereux qu'utile

Folia Pharmacotherapeutica juillet 2022

Critique des critères d'évaluation intermédiaires en oncologie

L'avantage clinique de nombreux médicaments antitumoraux n'est pas clairement établi. L'une des raisons à la base de cette incertitude est l'utilisation parfois inadéquate de critères d'évaluation intermédiaires dans les études. Les commentateurs plaident pour une utilisation plus rationnelle des critères d'évaluation intermédiaires et pour un relèvement du seuil pour l'autorisation de ces médicaments. Cet article traite de critères d'évaluation intermédiaires fréquemment utilisés en oncologie, en s'attardant sur un certain nombre de problèmes tels que les faibles corrélations avec les critères d'évaluation qui importent réellement : la survie et la qualité de vie.

Ne pas prescrire, ou mieux prescrire

Leviers en pharmacie hospitalière (back office)

- Pharmacien CMP
 - Compétences ‘evidence-based practice’
- Forfait, plans financiers
- Ruptures
- ...

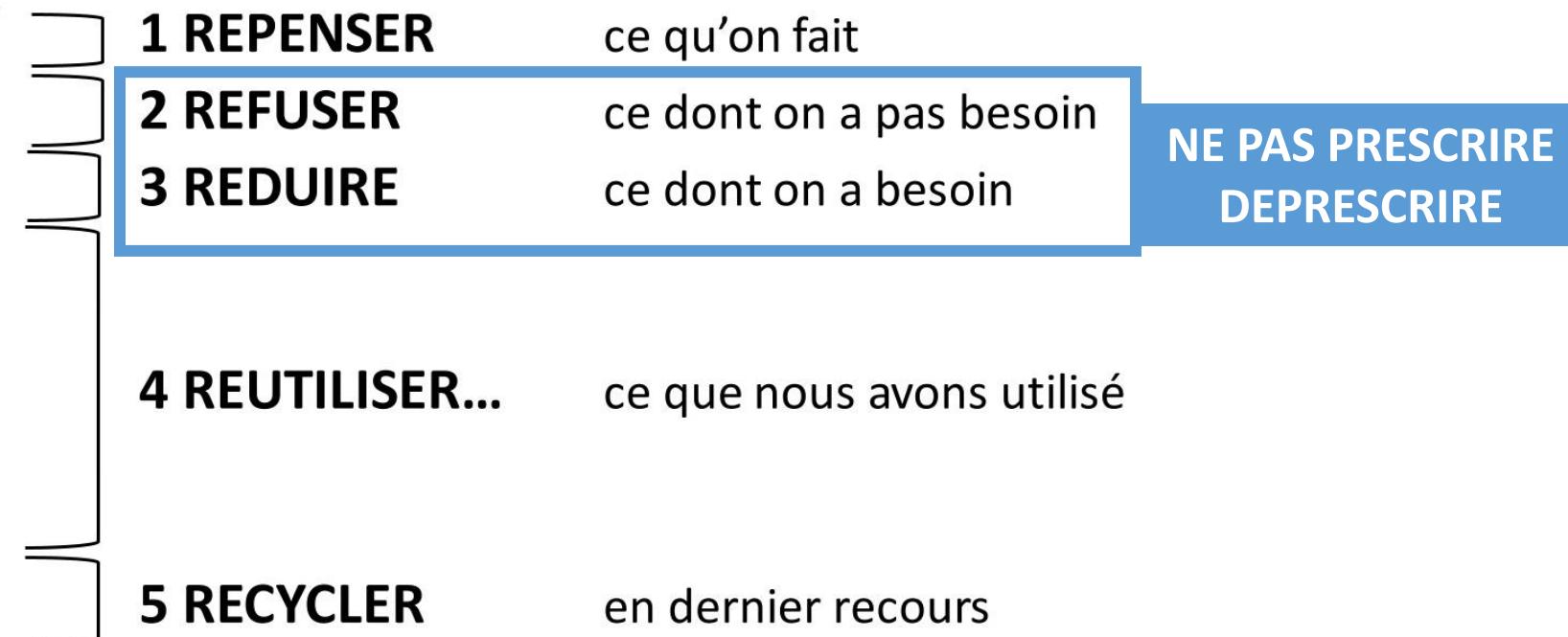
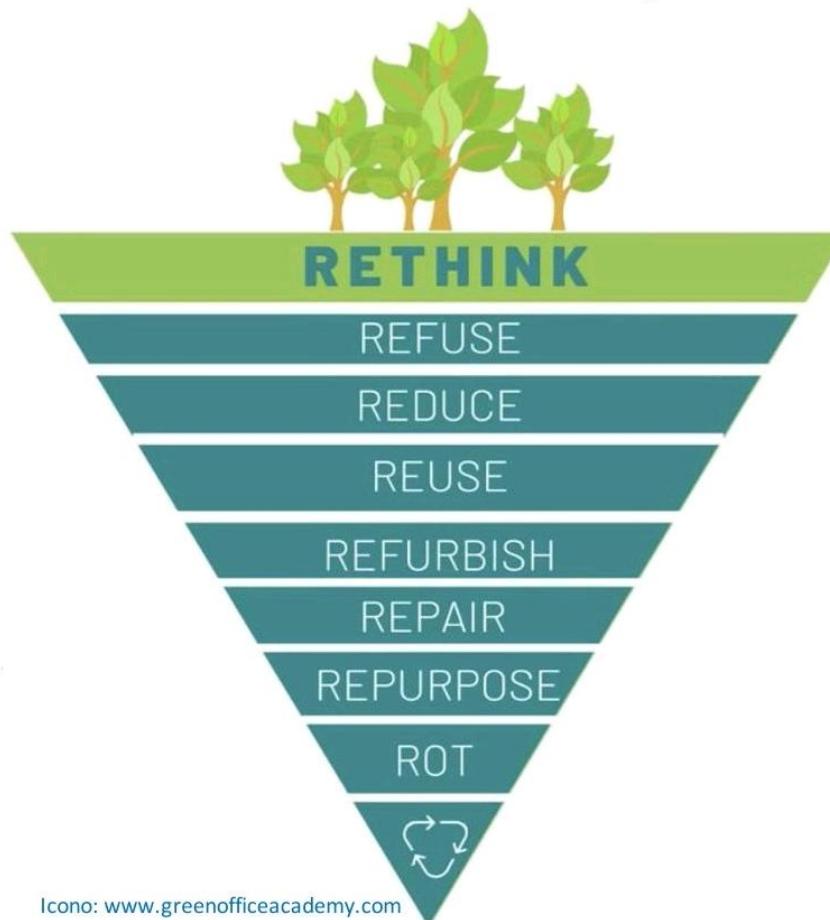
Faire avancer la déprescription – un travail d'équipe!



anne.spinewine@uclouvain.be

La stratégie des « R »

Dans cet ordre pour diminuer l'impact environnemental



**Figure 1. Décision médicale partagée et communication du risque.
Le modèle des trois discussions, traduit de Elwyn et coll. (20)**

