

Désintensifier le dépistage et le traitement: quand s'arrêter chez la personne âgée?



MATHIEU PELLETIER, MD, FCMF

Professeur titulaire de clinique
Département de médecine familiale et
médecine d'urgence

Université Laval

5-8 NOVEMBRE 2025
RBC CONVENTION CENTRE WINNIPEG, MB



Divulgation du conférencier

Conférencier: Mathieu Pelletier

Liens avec des commanditaires :

 **Toute relation financière directe, y compris la réception d'honoraires :**

Collège des médecins du Québec

 **La participation à des conseils consultatifs ou des services de conférenciers :**

Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec
INESSS

 **Autres intérêts financiers:**

Actionnaire Topmedecine Inc
Compagnie de production de matériel technopédagogique



Divulgation de soutien



Ce programme de formation a été produit grâce au soutien financier du CMFC sous forme de crédit inscription une journée au FMF



Ce programme de formation a été produit grâce au soutien non financier du CMFC et de Université Laval sous forme de soutien logistique (infographisme, inscription etc)



Conflits d'intérêt potentiels :

Il est possible que le conférencier fasse référence à la plateforme de formation continue www.topmf.ca

Le conférencier possède des actions de la compagnie technopédagogique Topmedecine Inc. qui possède cette plateforme

OBJECTIFS

À la fin de cette activité, les participants seront en mesure

- 1 D'appliquer une approche préventive mieux adaptée aux aînés
 - 2 De déterminer des objectifs de traitement des maladies chroniques mieux adaptés au patient aîné
 - 3 D'établir un plan de déprescription des médicaments potentiellement inappropriés
-

DÉROULEMENT

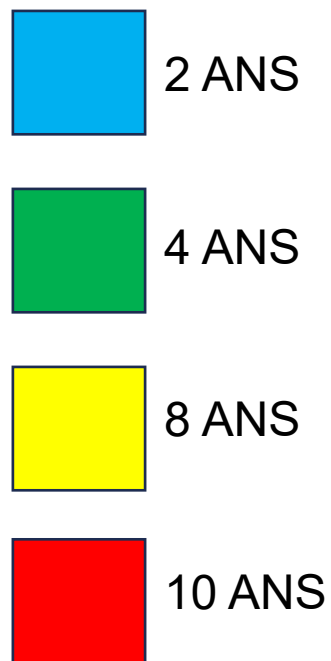
-
- 1 INTRODUCTION: Hétérogénéité de l'aîné et individualisation
 - 2 CAS CLINIQUES: Prévention et traitement
 - 3 DÉPRESCRIPTION: Concepts et outils
-

Les aînés constituent un groupe hétérogène



QUESTION 1

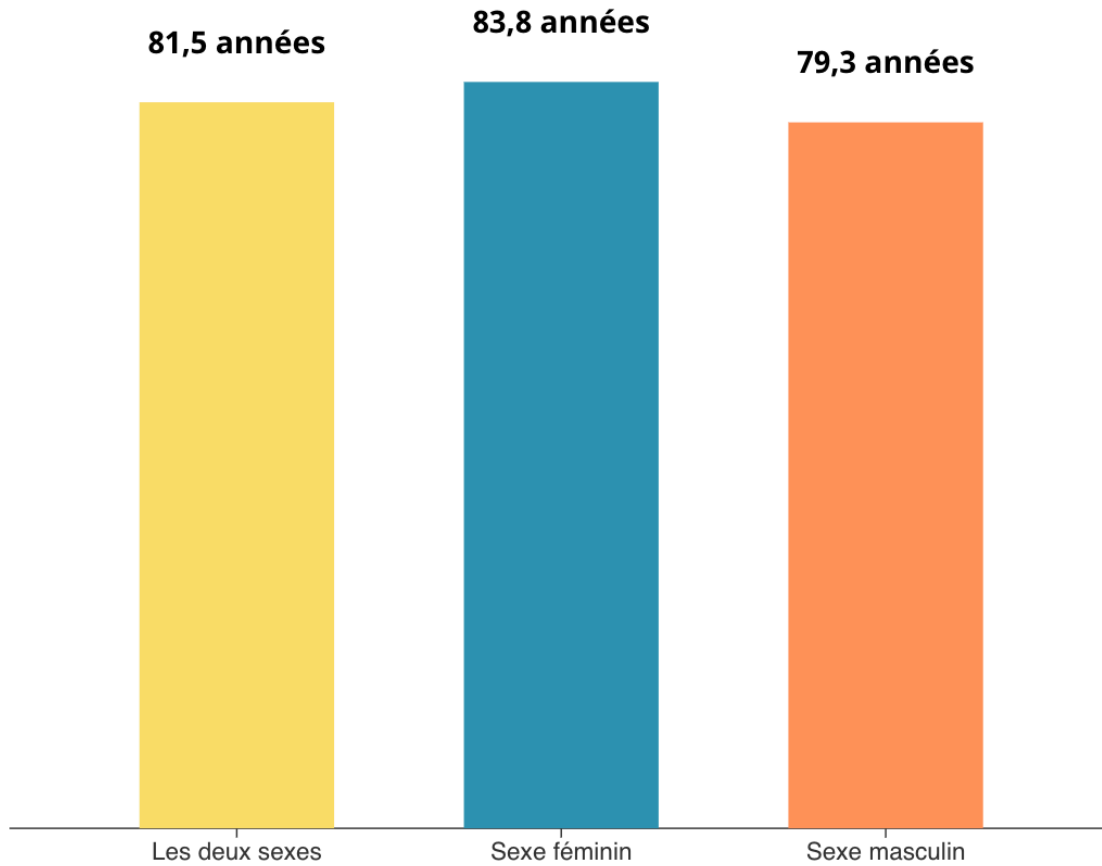
Quelle est en moyenne l'espérance de vie au Canada d'une femme âgée de 80 ans ?





Gouvernement
du Canada

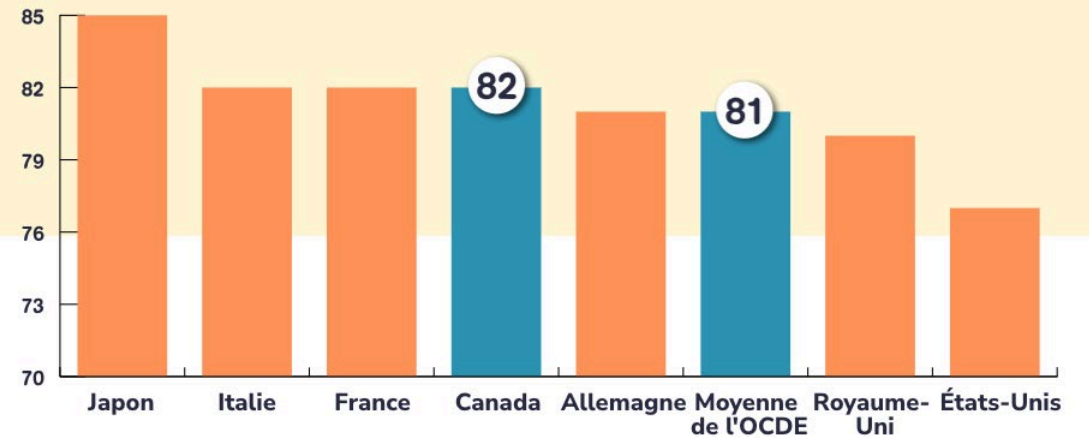
Government
of Canada



2021-2023

En 2020,
l'espérance de vie à la naissance
au Canada était semblable à
celle d'autres pays comparables.

L'espérance de vie à la naissance, 2020



ESPÉRANCE DE VIE au CANADA

SELON L'ÂGE	HOMME	FEMME
À LA NAISSANCE	74,5	81
À 65 ANS	19,3	22,1
À 70 ANS	15,5	18,0
À 75 ANS	12,1	14,2
À 80 ANS	9,0	10,7
À 85 ANS	6,5	7,7
À 90 ANS	4,4	5,3

Source: Statistiques Canada 2018

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310013401>

QUESTION 2

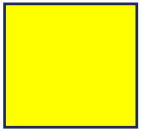
Quel est le meilleur indicateur permettant de personnaliser une intervention clinique d'un patient âgé ?



Sa fragilité



Son risque d'invalidité à 5 ans



Son projet de vie et ses valeurs



Toutes ces réponses sont bonnes



Un mot sur la fragilité...



» Âge fonctionnel et fragilité

- ▷ Patient indépendant et fardeau minimal de maladies chroniques
- ▷ Patient indépendant et quelques limitations fonctionnelles dues à des maladies chroniques (douleur, équilibre, rapidité)
- ▷ Patient plutôt indépendant, mais besoin d'aide spécifique
- ▷ Patient dépendant du soutien des autres et effet important de ses maladies

Condition individuelle physique, mentale et sociale de l'aîné

- » Espérance de vie et risque d'invalidité au bout de cinq et de dix ans
- » Fonction rénale, hépatique et cognitive
- » Nombre de médicaments
- » Statut socio-économique et niveau de scolarité
- » Entourage et isolement

Décision partagée par rapport aux interventions

**Projet de vie
Valeurs
Préférences**

Connaissances scientifiques sur les interventions préventives et thérapeutiques

- » Niveau d'intervention médicale
- » Besoins, buts, priorités
- » Valeurs, croyances, préférences
- » Compréhension intégrée du projet de vie

- » Qualité des données qui sous-tendent ou non l'intervention proposée
- » Applicabilité des données au patient (est-ce que la population des études retenues était similaire?)
- » Ampleur des bienfaits (nombre nécessaire de patients à traiter, NNT)
- » Ampleur des risques (nombre nécessaire de patients à traiter pour causer un préjudice, NNH)

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

▶▶ Âge fonctionnel et fragilité

- ▷ Patient indépendant et fardeau minimal de maladies chroniques
- ▷ Patient indépendant et quelques limitations fonctionnelles dues à des maladies chroniques (douleur, équilibre, rapidité)
- ▷ Patient plutôt indépendant, mais besoin d'aide spécifique
- ▷ Patient dépendant du soutien des autres et effet important de ses maladies

**Condition
individuelle physique,
mentale et sociale
de l'aîné**

- ▶▶ Espérance de vie et risque d'invalidité au bout de cinq et de dix ans
- ▶▶ Fonction rénale, hépatique et cognitive
- ▶▶ Nombre de médicaments
- ▶▶ Statut socio-économique et niveau de scolarité
- ▶▶ Entourage et isolement

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

Projet de vie
Valeurs
Préférences

- ▶ Niveau d'intervention médicale
- ▶ Besoins, buts, priorités
- ▶ Valeurs, croyances, préférences
- ▶ Compréhension intégrée du projet de vie

**Connaissances
scientifiques
sur les interventions
préventives et
thérapeutiques**

- ▶ Qualité des données qui sous-tendent ou non l'intervention proposée
- ▶ Applicabilité des données au patient (est-ce que la population des études retenues était similaire?)
- ▶ Ampleur des bienfaits (nombre nécessaire de patients à traiter, NNT)
- ▶ Ampleur des risques (nombre nécessaire de patients à traiter pour causer un préjudice, NNH)

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

Patient, expert de sa vie avec la maladie et partenaire de ses soins

Apprenez comment le patient est lui-même un soignant avec des savoirs expérientiels spécifiques.

Compte tenu de son expertise de vie avec la maladie, la patientèle est membre à part entière de l'équipe de soins. Coup d'œil sur ce partenariat qui est appelé à évoluer en fonction du contexte, de l'expérience acquise et du plan de vie de chaque patiente et patient.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

DES OUTILS POUR VOUS AIDER



Risque de décès et d'invalidité au bout de cinq et de 10 ans

- ePrognosis (Université de Californie à San Francisco)
 - <https://eprognosis.ucsf.edu/>

Fragilité, hébergement et survie

- Clinical Fragility Scale (CFS)
 - Dr Kenneth Rockwood
 - <https://www.mdcalc.com/calc/10300/csha-clinical-frailty-scale-cfs>

Interventions thérapeutiques

- <https://thennt.com/>

DÉROULEMENT

-
- 1 INTRODUCTION: Hétérogénéité de l'aîné et individualisation
 - 2 CAS CLINIQUES: Prévention et traitement
 - 3 DÉPRESCRIPTION: Concepts et outils
-



MONSIEUR LEDUC

- 76 ans
- Aucun médicament
- Conjointe décédée l'an dernier

1ère fois que vous remarquez:

- Un début de fragilité
- Une perte d'intérêt à fréquenter ses enfants et petits-enfants

QUESTION 3

Quelle(s) interventions de prévention / dépistage / repérage allez-vous considérer pour monsieur Leduc



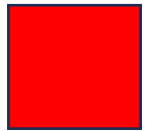
DOSAGE DES LIPIDES SANGUINS,
OSTÉODENSITOMÉTRIE ET RSOSI



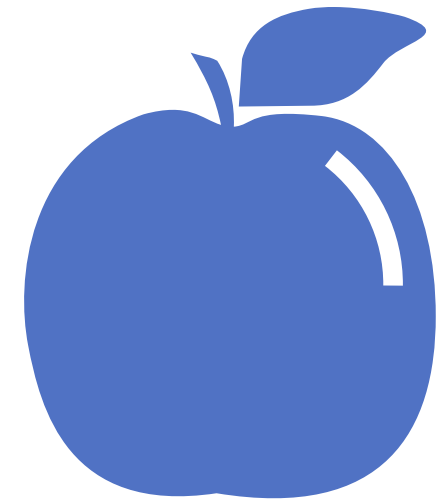
OSTÉODENSITOMÉTRIE, RSOSI et HBA1C



GDS (DÉPRESSION), PROMOTION ACTIVITÉ PHYSIQUE et
ACTIVITÉS SOCIALES



GDS, OSTÉODENSITOMÉTRIE, HBA1C





Le dépistage systématique de la dépression au moyen de questionnaires en soins primaires est-il bénéfique?

La dépression a un effet négatif sur les émotions,
les pensées et le bien-être des gens.



Dépistage de la dépression chez les adultes

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs s'oppose au dépistage systématique de la dépression à l'aide d'outils normalisés, comme des questionnaires comportant un seuil, chez tous les adultes âgés de 18 ans et plus.



Ce guide de pratique clinique ne s'adresse pas aux adultes qui ont :

- Des antécédents de dépression;
- Une dépression;
- Des symptômes de dépression ou d'autres troubles de santé mentale.

PRÉVENTION / DÉPISTAGE

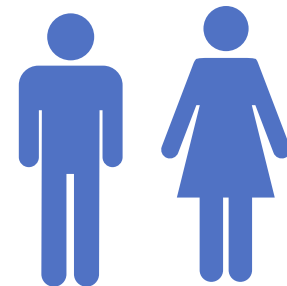
2 OBSTACLES MAJEURS AUX RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGES ET À LA PRÉVENTION CHEZ LES LES AÎNÉS

LE MANQUE DE DONNÉES PROBANTES

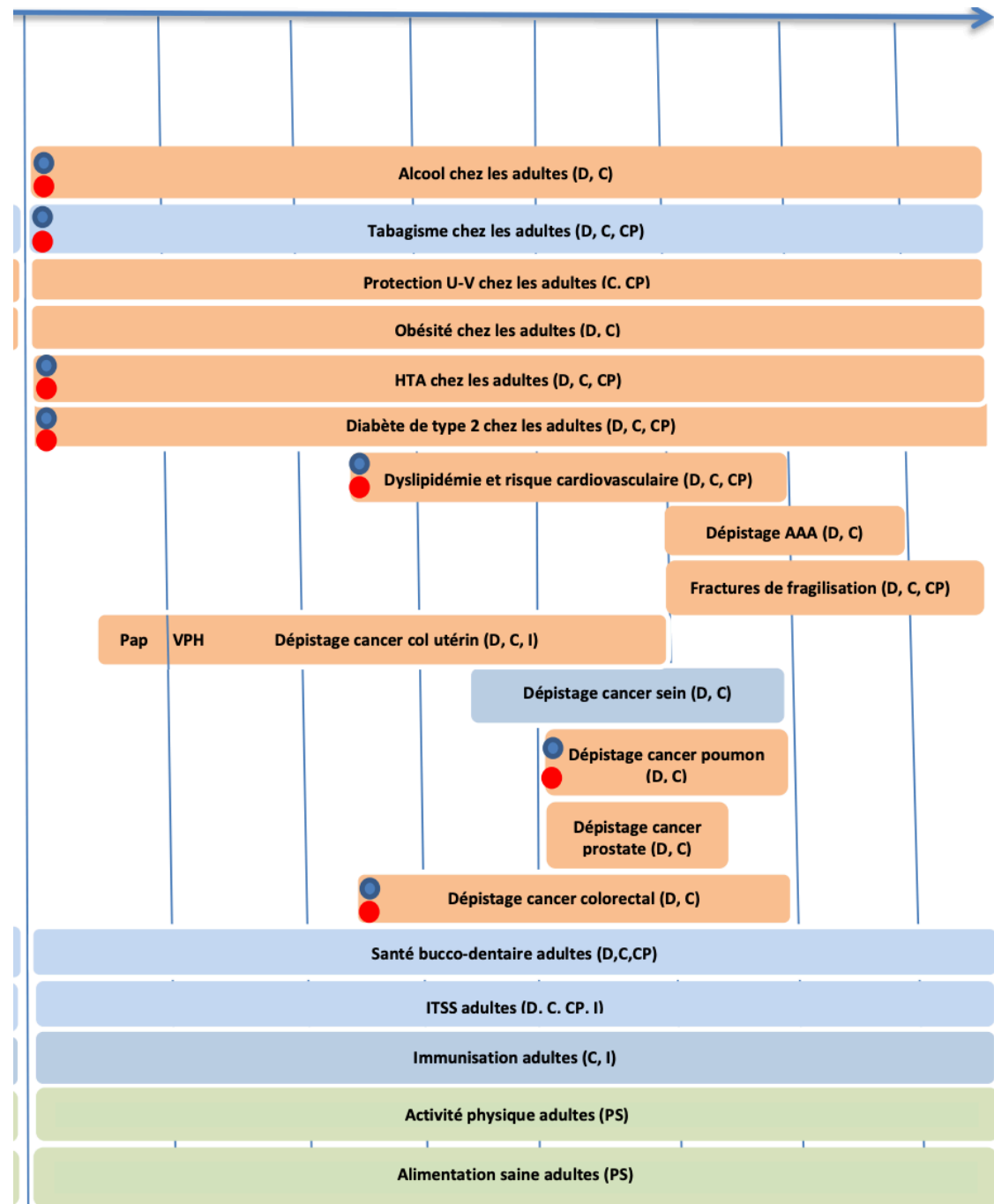


ET

L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DE LA POPULATION



18 ANS 25 35 45 55 65 75 80 ANS +



https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/guide-des-bonnes-pratiques/ligne-du-temps_nov2023.pdf

REPÉRAGE

Repérage (n'équivaut pas à un dépistage systématique)

- ▶▶ Dénutrition
- ▶▶ Risque de chute
- ▶▶ Fragilité
- ▶▶ Troubles neurocognitifs
- ▶▶ Troubles sensoriels
- ▶▶ Polypharmacie et médicaments potentiellement inappropriés
- ▶▶ Isolement et maltraitance
- ▶▶ Conduite automobile comportant des risques

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

INFORMATION

Information

- ▶▶ Déconditionnement et fragilité
- ▶▶ Prévention des chutes
- ▶▶ Troubles neurocognitifs
- ▶▶ Polypharmacie
- ▶▶ Niveau d'intervention médicale, directives médicales anticipées

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

PROMOTION

Promotion

- ▶▶ Alimentation saine
- ▶▶ Évitement des substances nocives
- ▶▶ Mode de vie actif
- ▶▶ Participation sociale
- ▶▶ Déprescription
- ▶▶ Activités intellectuelles
- ▶▶ Vaccination

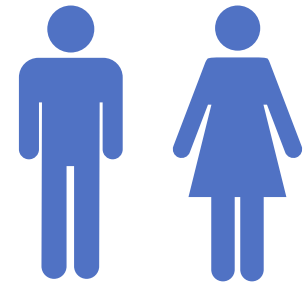
Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

DÉPISTAGE ?

Le dépistage est une action visant à détecter une maladie ou une anomalie à un stade précoce, avant l'apparition de symptômes, chez des personnes en apparence en bonne santé.

L'objectif est d'identifier les personnes à risque afin de pouvoir intervenir rapidement, d'augmenter les chances de guérison ou d'améliorer le contrôle de la maladie et de réduire le risque de complications.



Agir pour bien vieillir

Une ressource de la [Fondation AGES](#) pour aider les personnes âgées et leurs proches à garder leur pouvoir d'agir sur leur santé



www.agirpourbienvieillir.com

Que vous ayez 68, 76, 84 ou 92 ans, notre plateforme vous offre des réponses concrètes aux questions que vous vous posez.

Vous vous demandez si les changements que vous observez sur le plan de votre santé et de votre fonctionnement sont normaux ? Vous cherchez des moyens simples pour demeurer le plus autonome possible quel que soit votre âge ? Vous souhaitez mieux comprendre ce qui pourrait accélérer votre vieillissement ou mener à une perte d'autonomie ?

Nous vous aidons à reconnaître les signes pouvant mener à un vieillissement accéléré chez vous ou chez un proche, et nous vous renseignons sur ce qu'il faut faire si vous en remarquez un. Nous vous indiquons à quel moment il est opportun de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé. Nous vous faisons des recommandations afin que vous puissiez alors transmettre un portrait juste de votre état de santé et faire connaître tant vos besoins que vos attentes.

Bien que ce site web s'adresse aux personnes âgées, vous trouverez, dans chaque article, des informations complémentaires destinées aux proches aidants.



Statins in Older Adults

CLINICAL QUESTION

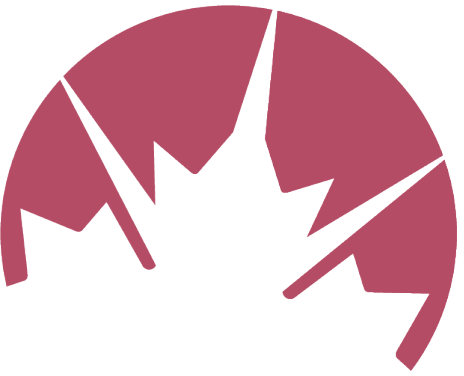
In patients ≥ 65 years old, do the benefits of statins outweigh harms?

BOTTOM LINE

For primary prevention patients aged 65-75 years, statins likely result in a 16-39% relative reduction in major adverse cardiac events (MACE). For primary prevention patients aged >75 , the benefit of initiating statins is unclear. However, there is no evidence to support stopping statins when primary prevention patients age over 75 (just because of age). For secondary prevention patients over 65 years (and over 75), statins result in $\sim 20\%$ relative reduction in MACE. Adverse events are similar to placebo.

Référence:

D Perry et MR Kolber
Tools for practice No 344
10 juillet 2023



Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Lignes directrices sur les fractures de fragilisation 2023

<https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrives/lignes-directrices-publiees/fracture-de-fragilisation/?lang=fr>

- 1) Chez les femmes de 65 ans et plus (Pas chez les hommes...)
- 2) Débuter avec le calcul de FRAX sans ostéodensitométrie
- 3) Discussion sur le risque et les bénéfices d'une intervention pharmacothérapeutique
- 4) Demander l'ostéodensitométrie uniquement si une pharmacothérapie est envisagée

OUTIL VISUEL (CALCULATEUR: <https://frax.groupeetudecanadien.ca/>)

RESEARCH PAPER

Building resilience and reversing frailty: a randomised controlled trial of a primary care intervention for older adults

JOHN TRAVERS^{1,2}, ROMAN ROMERO-ORTUNO^{3,4}, JOHN LANGAN², FERGAL MACNAMARA²,
DARREN McCORMACK², CHRISTOPHER McDERMOTT², JUDE McENTIRE², JOANNE MCKIERNAN²,
SEÁN LACEY⁵, PETER DORAN¹, DERMOT POWER^{1,6}, MARIE-THERESE COONEY^{1,7}

¹School of Medicine, University College Dublin, Dublin, Ireland

²Irish College of General Practice National Specialist Training Programme in General Practice, Trinity College Dublin HSE scheme, Dublin, Ireland

³Global Brain Health Institute, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland

⁴Discipline of Medical Gerontology, Mercer's Institute for Successful Aging, St James's Hospital, Dublin, Ireland

⁵Research Integrity & Compliance Officer, Munster Technological University, Cork, Ireland

⁶Department of Medicine for the Older Person, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Ireland

⁷Department of Geriatric Medicine, St Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland

Référence:
J Travers
Age and Ageing
2023:52: 1-9



MONSIEUR LEDUC

- 76 ans
- Aucun médicament
- Conjointe décédée l'an dernier

1ère fois que vous remarquez:

- Un début de fragilité
- Une perte d'intérêt à fréquenter ses enfants et petits-enfants



MADAME KACHA

- 76 ans
- MCAS stable
- Arthrose

- **Non fragile**

- Consulte pour
« étourdissements » au
lever rapide



MADAME KACHA

- Questionnaire et examen neurologique normaux
- Questionnaire et examen ORL normaux
- TA couchée = 145/82 FC 80
- TA debout 1 min = 124/78 et FC 95
- Reproduit ses symptômes



MADAME KACHA

- Irbersartan 150 mg die
- HCTZ 25 mg die
- AAS 81 mg die
- Amitriptyline 10 mg HS
- Rosuvastatin 10 mg die
- Acétaminophène 650 mg
QID PRN

QUESTION 4

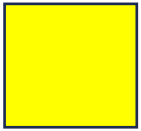
Que proposeriez-vous à Mme Kacha ?



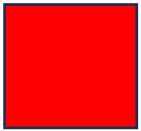
Cesser l'irbersartan



Cesser l'HCTZ



Cesser l'amitryptiline et suivre l'impact sur ses douleurs



Donner uniquement des conseils non pharmacologiques



Irbersartan 150 mg die

HCTZ 25 mg die

AAS 81 mg die

Amitriptyline 10 mg HS

Rosuvastatin 10 mg die

Acétaminophène 650 mg QID PRN

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL of MEDICINE

SPRINT research group, A randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-pressure control, NEJM, 15 novembre 2024, Volume 373, No 22, 2103 à 2115

ÉTUDE SPRINT: Novembre 2015

9361 patients

Pas de diabète

Moyenne d'âge: 68 ans

Risque cardiovasculaire accru

- MCAS
- Score Framingham plus de 15%
- Âge
- IRC

28% des patients de plus de 75 ans

Cibler 120 mm Hg au lieu de 140 mm Hg

Monitoring strict et fréquent

Suivi des E+ et créatinine

Bénéfices SPRINT sur 3 ans

Réduction MACE (NNT = 63)

Réduction mortalité toute cause (NNT = 83)

Augmentation syncope (NNH = 83)

Augmentation insuffisance rénale aiguë (NNH = 63)

Effects of Intensive Blood Pressure Treatment on Orthostatic Hypotension

A Systematic Review and Individual Participant-based Meta-analysis

Annals of Internal Medicine 2021

5 études retenues, 18 466 participants

CONCLUSION: le traitement intensif de l'HTA diminue le risque d'hypotension orthostatique

Juraschek SP, Effects of intensive blood pressure treatment on orthostatic hypotension, Annals of Internal Medicine, Vol 174, No 1, Janvier 2021



The Effect of Frailty on the Efficacy and Safety of Intensive Blood Pressure Control: A Post Hoc Analysis of the SPRINT Trial

Séparation des patients en sous-groupes non-fragile ($FI < 0,21$) ou fragile ($FI > 0,21$)
Environ $\frac{1}{4}$ des patients de SPRINT avec une certaine fragilité (mais les très fragiles étaient exclus)

Les patients fragiles avaient les mêmes bénéfices et n'avaient pas plus de risque



est-ce que le traitement intensif de l'hypertension artérielle augmente ou diminue les risques d'hypotension orthostatique ?

Pro · 1 step · 20 sources

Oui, le traitement intensif de l'hypertension artérielle diminue le risque d'hypotension orthostatique chez les adultes hypertendus.

Le traitement intensif de l'hypertension artérielle augmente-t-il le risque d'hypotension orthostatique ?

N = 18



Yes 17% · Possibly 0% · Mixed 0% · No 83%



All details

Effets du traitement intensif sur l'hypotension orthostatique

Des méta-analyses de données individuelles issues de grands essais randomisés montrent que le traitement antihypertenseur intensif (objectif tensionnel plus bas) **réduit légèrement le risque d'hypotension orthostatique** (baisse de la pression artérielle lors du passage à la station debout) par rapport à un traitement moins intensif ou standard ¹ ⁴ ⁷ ⁹ ¹⁴. L'odds ratio pour l'apparition d'une hypotension orthostatique est d'environ 0,93 (IC 95% : 0,86 à 0,99), indiquant une réduction modeste mais significative du risque ¹ ⁴ ⁷. Ces résultats sont cohérents quel que soit l'âge, le sexe, la présence d'une maladie rénale, d'un diabète ou d'antécédents cardiovasculaires ² ⁴ ⁵ ¹⁰.



Est-ce que le traitement intensif de l'hypertension artérielle chez les aînés augmente le risque de chute ?

Pro · 1 step · 20 sources

Oui, le traitement intensif de l'hypertension artérielle chez les aînés n'augmente pas significativement le risque de chute dans la plupart des études, mais un risque accru existe à court terme après l'initiation ou l'intensification du traitement, et chez les personnes fragiles.

Le traitement intensif de l'hypertension artérielle chez les aînés augmente-t-il le risque de chute ? N = 9



Yes 33% · Possibly 0% · Mixed 0% · No 67%

All details

Résultats des grandes études et revues systématiques

- Les essais cliniques majeurs (SPRINT, ACCORD) montrent que viser une pression artérielle systolique <120 mmHg n'augmente pas le risque de chutes ou de syncope par rapport à des objectifs moins stricts chez les personnes âgées, y compris les diabétiques 5 10 6 17.
- Une revue systématique n'a pas trouvé d'augmentation significative du risque de chute ou de fracture avec un traitement antihypertenseur intensif chez les plus de 60 ans 6.



Risques à court terme et populations à risque

- L'initiation ou l'intensification récente d'un traitement antihypertenseur augmente le risque de chute grave dans les 15 jours suivant le changement, mais ce risque s'atténue ensuite **3** **18** .
- Les personnes âgées fragiles, polymédiquées ou prenant certains médicaments (diurétiques, bêtabloquants) présentent un risque accru de chute, surtout en cas de grande variabilité de la pression artérielle **7** **8** **11** **14** .
- Les fluctuations importantes de la pression artérielle, plus que la pression moyenne elle-même, sont associées à un risque accru de chute chez les sujets fragiles **11** **14** **19** .

Tableau : Synthèse des risques selon le contexte

Situation clinique	Risque de chute augmenté ?	Citations
Traitement intensif (essais majeurs)	Non	5 6 10 17
Initiation/intensification récente	Oui (court terme)	3 18
Personnes fragiles/polymédiquées	Oui	7 8 11 14
Variabilité tensionnelle élevée	Oui	11 14 19

FIGURE 1 Synthèse des risques de chute selon le contexte clinique

Conclusion

Chez les aînés, le traitement intensif de l'hypertension n'augmente pas globalement le risque de chute, mais une vigilance s'impose lors de l'initiation ou l'intensification du traitement, et chez les patients fragiles ou polymédiqués. L'évaluation individuelle du risque reste essentielle.

Est-ce que le traitement intensif de l'hypertension artérielle chez les aînés augmente le risque de chute ?

✓ Finished thinking

Le traitement intensif de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées **n'augmente pas significativement le risque de chute** dans les essais randomisés récents menés chez des sujets âgés relativement en bonne santé, bien qu'il existe une légère augmentation du risque d'hypotension et de syncope.^[1-3] Cependant, le risque de chute est surtout accru lors de l'initiation ou de l'intensification récente du traitement antihypertenseur, en particulier dans les 15 à 30 premiers jours, et chez les patients fragiles ou hospitalisés.^[4-7]

La fragilité, les antécédents de chute et la polymédication constituent des facteurs de risque majeurs de chutes graves, indépendamment du niveau de pression artérielle ou du nombre de classes d'antihypertenseurs utilisés.^{[4][8-9]} Les données observationnelles suggèrent que le risque absolu de chute reste faible dans la population générale, mais il devient cliniquement pertinent chez les sujets très âgés ou présentant une fragilité sévère.^[4]

Prise en charge du traitement de l'hypotension orthostatique de la personne âgée

Document élaboré par le regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Mars 2020

Ne pas oublier l'enseignement au patient et les mesures non pharmacologiques

Classes médicamenteuses impliquées dans l'HTO

- Agonistes alpha-1a
- Antidépresseurs (TCA surtout)
- Antihypertenseurs (diurétiques surtout)
- Antiparkinsoniens
- Antipsychotiques
- Vasodilatateurs



QUE RETENIR DU CAS DE MADAME KACHA

qui est non fragile et a une espérance de vie de 14 ans

- Elle peut bénéficier d'interventions pharmacologiques préventives
- On doit partager les données avec elle et comprendre son projet de vie pour l'aider à déterminer ses objectifs
- On doit choisir les médicaments à retirer en se basant sur les risques et bénéfices potentiels
- On doit être plus prudent lors des ajustements/amorces de Rx chez les aînés



QUE RETENIR DU CAS DE MADAME KACHA

qui est non fragile et a une espérance de vie de 14 ans

- On doit suivre la littérature en gériatrie puisqu'elle se bonifie énormément
- Ce qui était vrai il y a 10 ans ne l'est plus nécessairement

Mme Kacha a une TA au repos de 145/82... Elle est MCAS...

Peut-être qu'après la cessation d'amitriptyline, la prochaine étape sera...

d'intensifier son traitement anti-HTA !



MONSIEUR LAPOINTE

- 75 ans
- Autonome, joue au golf
- HTA, insuffisance cardiaque
- FEVG 39%
- Diabète type 2 depuis 13 ans
- Deux hypoglycémies le midi avec symptômes importants
 - 1 mesurée à 3,1 mmol/l



MONSIEUR LAPOINTE

- IMC 33
- DFG 40 cc/min
- Microalbuminurie +
- HBA1C 6,4%

- Metformine 850 mg BID
- Gliclazide MR 60 mg die
- Empagliflozine 25 mg die
- Sitagliptine 100 mg BID

QUESTION 5

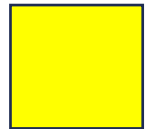
Que proposeriez-vous à monsieur Lapointe?



Cesser gliclazide et sitagliptine, suivre HBA1C, introduire GLP-1 au besoin



Cesser gliclazide seulement, suivre son HBA1C, introduire GLP-1 au besoin



Cesser sitagliptine seulement, suivre son HBA1C, introduire GLP-1 au besoin



Cesser la metformine seulement, suivre son HBA1C, introduire GLP-1 au besoin



TABLEAU I

OBJECTIFS DE TRAITEMENT SELON LE DEGRÉ DE FRAGILITÉ DE L'AÎNÉ^{2,3,5}

	Majorité des adultes (score de Rockwood faible 1-3)	Dépendance fonctionnelle (score de Rockwood intermédiaire 4-5)	Antécédents d'hypoglycémie grave ou non-reconnaissance d'hypoglycémie Pronostic de vie limité Personne âgée frêle Troubles neurocognitifs majeurs (score de Rockwood élevé 6-8)
Mesures classiques			
HbA _{1c} (%)	≤ 7	7,1-8	7,1-8,5
Glycémie (mmol/l)			
▸ À jeun	4-7	5-8	6-9

Lachance Carl-Hugo, Calabrino Anthony. Traitement antidiabétique de la personne âgée : faits et méfaits.
Le Médecin du Québec 2023 ; 58 (10) : 49-55

TABLEAU II

BIENFAITS CARDIOVASCULAIRES, RÉNAUX ET EN CAS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE DES PLUS RÉCENTES CLASSES D'ANTIHYPERGLYCÉMIANTS⁷

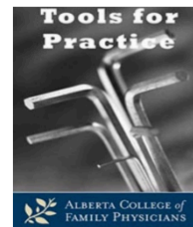
	Mortalité	ECVIM*	Progression de la néphropathie	Hospitalisation pour IC* à FE* diminuée	Hospitalisation pour IC à FE préservée
Inhibiteurs de la DPP-4	–	–	–	–	–
Agonistes des récepteurs du GLP-1	+ (variable)	+	+	–	–
Inhibiteurs du SGLT-2	+ (variable)	+	+	+	+

* ECVIM : événements cardiovasculaires indésirables majeurs comprenant infarctus non mortels, AVC non mortels et décès d'origine cardiovasculaire ; IC : insuffisance cardiaque ; FE : fraction d'éjection

Lachance Carl-Hugo, Calabrino Anthony. Traitement antidiabétique de la personne âgée : faits et méfaits.

January 6, 2020

Le Médecin du Québec 2023 ; 58 (10) : 49-55



DPP-4 inhibitor update: Thousands studied but still no evidence of clinical benefits



Clinical Question: In type 2 diabetes, do dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors improve patient-oriented outcomes like cardiovascular disease (CVD)?

Bottom Line: DPP-4 inhibitors have no effect on patient-oriented outcomes like CVD (example myocardial infarction or stroke) or death. They increase the risk of hypoglycemia, pancreatitis and likely heart failure hospitalization. The choice for second line therapy after metformin should focus on drugs that reduce the risk of CVD (ie. SGLT-2 inhibitors or GLP-1 agonists).



LE SAVIEZ-VOUS?

LES SULFONYLURÉES SONT DES
MÉDICAMENTS À ÉVITER CHEZ LES AÎNÉS
SELON LA LISTE DE BEERS DES
MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT
INAPROPRIÉS



LE SAVIEZ-VOUS?

**Choisir
avec soin** 

- 5** Évitez d'utiliser des médicaments connus pour provoquer une hypoglycémie afin d'atteindre une hémoglobine de A1c < 7,5 % chez de nombreux adultes de 65 ans et plus; un contrôle modéré constitue généralement une meilleure option. ^

Il n'existe aucune preuve que l'utilisation de médicaments pour parvenir à un contrôle glycémique intense chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2 est bénéfique (A1c sous 7,0 %). Chez les adultes qui ne sont pas âgés, à l'exception de la réduction à long terme de l'infarctus du myocarde et de la mortalité avec la metformine, l'utilisation de médicaments pour atteindre des taux d'hémoglobine glyquée inférieurs à 6 % est associée à des méfaits, y compris des taux de mortalité plus élevés. Le contrôle intense a montré de façon constante qu'il produit des taux d'hypoglycémie plus élevés chez les personnes âgées. Compte tenu de la longue période (environ 8 ans) nécessaire pour obtenir des avantages théoriques du contrôle intense, les objectifs glycémiques doivent refléter les objectifs du patient, son état de santé et son espérance de vie. Des objectifs glycémiques raisonnables seraient de 7,0 % à 7,5 % chez les adultes âgés en bonne santé ayant une longue espérance de vie, de 7,5 % à 8,0 % chez ceux ayant une comorbidité modérée et une espérance de vie de < 10 ans, et de 8,0 % à 8,5 % chez ceux présentant de multiples comorbidités et une espérance de vie plus courte.



existe-t-il au québec un consensus solide sur les bonnes pratiques de traitement...

Perplexity Images Sources · 19 Étapes

Principes du consensus

- Les plans thérapeutiques sont personnalisés selon le degré de fragilité, l'espérance de vie et les préférences du patient. [rushgq +2](#)
- Les objectifs de contrôle glycémique sont moins stricts chez les personnes âgées fragiles : cible d'HbA1c souvent comprise entre 7,1% et 8,5%, voire plus élevée dans les situations de fin de vie ou de comorbidités majeures. [diabete +1](#)

Médicaments recommandés et à éviter

- La metformine et les inhibiteurs de DPP-4 (modulateurs des incrétones) sont souvent privilégiés pour leur meilleur profil de risque. [diabete](#)
- Les sulfonylurées et certains autres agents présentant un risque élevé d'hypoglycémie sont à éviter ou à utiliser avec grande précaution. [guidelines.diabetes +1](#)
- L'ajustement des doses, notamment d'insuline, doit être très prudent à cause du risque accru d'hypoglycémie chez les personnes âgées. [ciusss-capitalenationale](#)

Using the 4Ms Framework of Age-Friendly Health Systems to Address Person-Specific Issues That Can Affect Diabetes Management

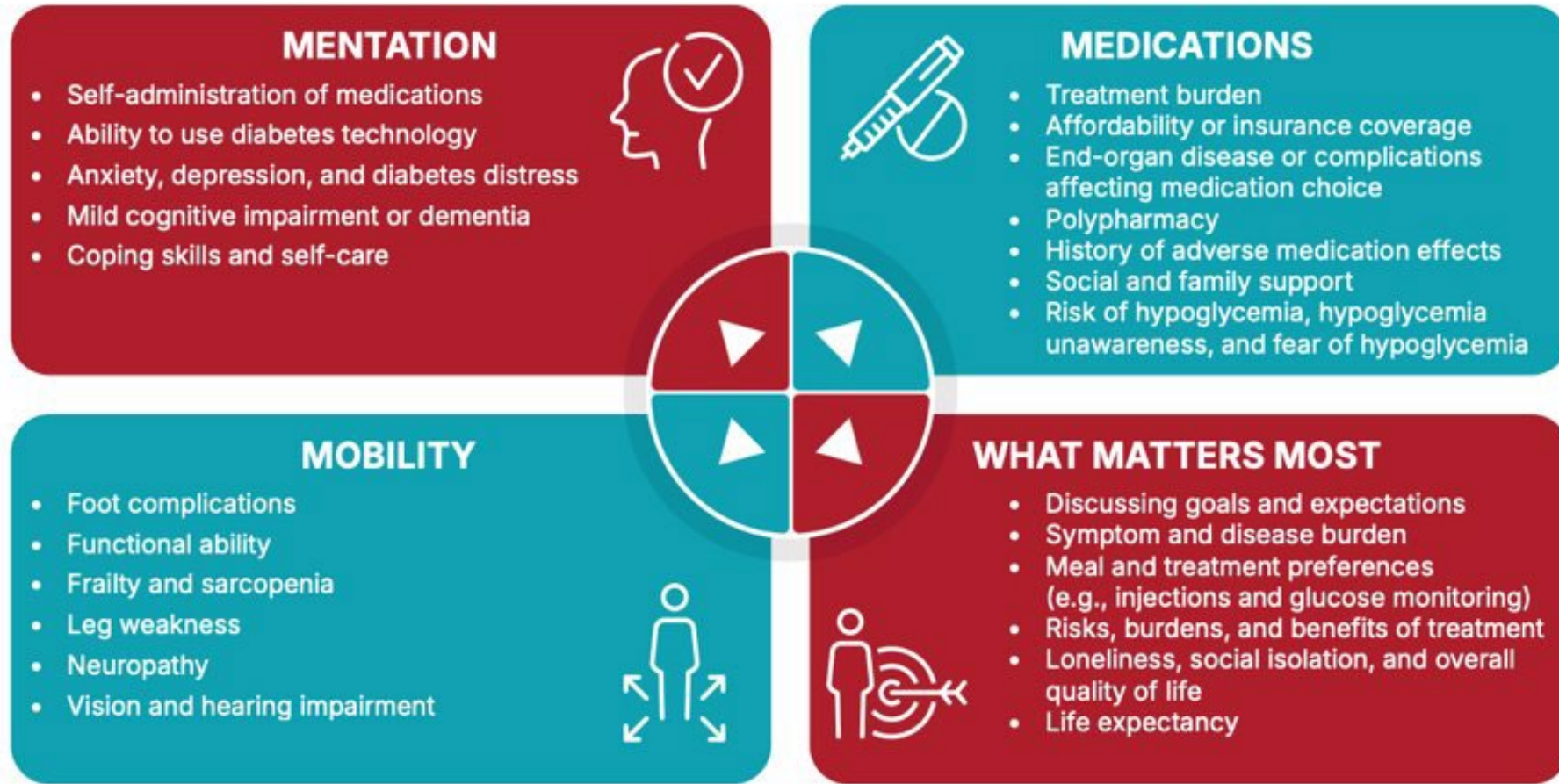


Figure Legend: Using the 4Ms framework of age-friendly health systems to address person-specific issues that can affect diabetes management.

FIN DE LA SECTION 2

-
- 1 INTRODUCTION: Hétérogénéité de l'aîné et individualisation
 - 2 CAS CLINIQUES: Prévention et traitement
 - 3 DÉPRESCRIPTION: Concepts et outils
-

DES OUTILS POUR VOUS AIDER



Tools for practice

- <https://peerevidence.ca/tools-for-practice/>

RUSH (Regroupement des unités de courte durée gériatrique et des services hospitaliers de gériatrie du Québec)

- <https://rushgq.org/>

Articles du Médecin du Québec

- Lachance CH et Calabrino A, Traitement antidiabétique de la personne âgée, octobre 2023
- Pelletier M, Soigner nos aînés de façon mieux adaptée, octobre 2024

DES OUTILS POUR VOUS AIDER



Échelle de dépression gériatrique en français (GDS)

- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire_art_53_depression_sujets_ages_vf_2015-02-16_15-33-53_53.pdf

Guide des bonnes pratiques en prévention clinique MSSS

- <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques/>

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

- <https://www.apesquebec.org/accueil>

Et l'intelligence artificielle ?



Openevidence

➤ www.openevidence.com

Consensus

➤ www.consensus.app

Perplexity

➤ www.consensus.app

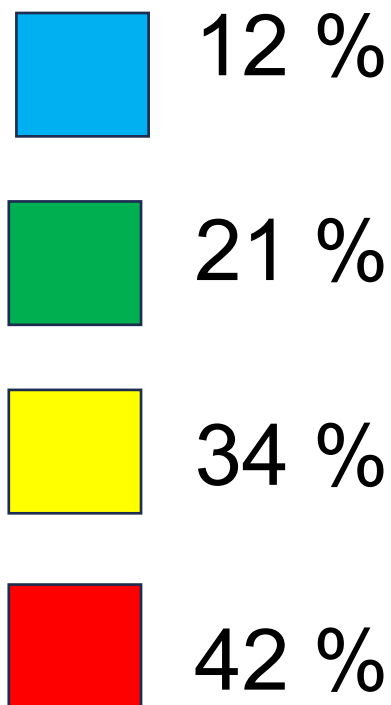
Prudence

DÉROULEMENT

-
- 1 INTRODUCTION: Hétérogénéité de l'aîné et individualisation
 - 2 CAS CLINIQUES: Prévention et traitement
 - 3 DÉPRESCRIPTION: Concepts et outils
-

QUESTION 6

Quelle est, selon l'INESSS, la proportion des aînés assurés par la RAMQ qui prend plus de 10 médicaments ?



INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/portrait-de-la-polypharmacie-et-de-lusage-de-medicaments-potentiellement-inappropriés-chez-les-personnes-agees-au-quebec.html>

POLYPHARMACIE

- On associe souvent la polypharmacie au risque de chutes et d'effets nuisibles chez les aînés, mais les preuves de qualité manquent et les facteurs confondants sont nombreux
- La polypharmacie n'est pas nécessairement un problème en soi lorsque chaque médicament a sa raison d'être et est adapté à l'état de l'aîné
- La littérature médicale nous révèle que les interventions liées à la réduction de la polypharmacie sont associées à une diminution du risque de prendre un médicament potentiellement inapproprié et améliore l'adhésion au traitement



INDIVIDUALISATION

DÉCISION PARTAGÉE

DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

**OUTILS POUR LES MOLÉCULES
PLUS DIFFICILES À DÉPRESCRIRE**

PLAN DE DÉPRESCRIPTION

***COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE !***

1. Vérifier tous les médicaments pris
 - ▷ Associer chaque médicament à son indication et vérifier si le patient y répond (ou non)
 2. Évaluer le patient dans son individualité (*figure*²⁻⁴)
 3. Selon les informations obtenues aux étapes 1 et 2, évaluer si un ou plusieurs médicaments peuvent faire l'objet d'une déprescription
 - ▷ Tenir compte du risque d'effets indésirables
 - ▷ Repérer les cascades médicamenteuses
 - ▷ Adapter l'intensité du traitement au patient
 - ▷ Vérifier si le médicament est toujours nécessaire
 - ▷ Vérifier si le médicament correspond aux objectifs et aux préférences du patient
- Vérifier si le patient prend ou non la médication (adhésion)

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

4. Établir avec le patient un ordre de priorité pour la déprescription

- ▷ Quelles sont les préoccupations du patient ?
- ▷ Quel médicament présente le plus grand risque d'effets nocifs ?
- ▷ Quel est le médicament le moins bénéfique ?
- ▷ Quel médicament est le plus contraignant ?

5. Dresser, mettre en œuvre et suivre le plan de déprescription

Le Médecin du Québec, volume 59, numéro 10, octobre 2024

Pelletier Mathieu. Soigner nos personnes âgées de façon mieux adaptée. *Le Médecin du Québec* 2024 ; 59 (10)

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE !



MADAME RONDEAU

- **94 ans**
- **Plus fragile depuis 2 ans**
- **Entre en RPA**

Vous êtes son nouveau médecin

Elle vous demande de diminuer son nombre de médicaments



MADAME RONDEAU

- HTA
- Diabète type 2
- Incontinences urinaires occasionnelles (effort)

- TA 100/64 mm Hg, parfois étourdie au lever
- Clcr 35 ml/min
- HbA1c 0,062
- IMC 30
- Non fumeuse

MADAME RONDEAU

MADAME RONDEAU

- HTA
- Diabète type 2
- Incontinences urinaires occasionnelles (effort)

- TA 100/64 mm Hg, parfois étourdie au lever
- Clcr 35 ml/min
- HbA1c 0,062
- IMC 30
- Non fumeuse

- Candesartan 16 mg
- AAS 80 mg
- HCTZ 25 mg
- Vitamine D 10 000 U / sem
- Calcium 500 mg BID
- Oxazepam 15 mg HS
- Glyburide 5 mg BID
- Metformine 500 mg BID
- Solifénacine 5 mg die
- Pantoprazole 40 mg die

QUESTION 7

Suite à un plan de déprescription élaboré avec Mme Rondeau, combien pourrait-elle avoir de molécules à la fin du plan?



MADAME RONDEAU

- Candesartan 16 mg
- AAS 80 mg
- HCTZ 25 mg
- Vitamine D 10 000 U / sem
- Calcium 500 mg BID
- Oxazepam 15 mg HS
- Glyburide 5 mg BID
- Metformine 500 mg BID
- Solifénacine 5 mg die
- Pantoprazole 40 mg die

QUESTION 7

Suite à un plan de déprescription élaboré avec Mme Rondeau, combien pourrait-elle avoir de molécules à la fin du plan?

- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4
- E) 5

MADAME RONDEAU

- Candesartan 16 mg
- **AAS 80 mg**
- **HCTZ 25 mg**
- **Vitamine D 10 000 U / sem**
- **Calcium 500 mg BID**
- **Oxazepam 15 mg HS**
- **Glyburide 5 mg BID**
- **Metformine 500 mg BID**
- **Solifénacine 5 mg die**
- **Pantoprazole 40 mg die**



**Est-ce VITAL de la
vitamine D pour prévenir
les fractures de
fragilisation?**



**Ostéo-Pas-Rose: un
terme à oublier?**

Groupement d'étude coordonné sur
les soins de santé primaires



**Par des médecins de famille,
Pour des médecins de famille.
Joignez-nous dans cette nouvelle vague!**

Abonnez-vous à notre infolettre [ici](#) 

Est-il temps de réévaluer vos médicaments ?



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

Soyons prudents avec les médicaments



Les médicaments peuvent améliorer notre santé. Parfois, ils peuvent aussi nous causer du tort. C'est pourquoi il est essentiel d'évaluer les bénéfices et les effets néfastes des médicaments que l'on prend au fil du temps.



Qu'est-ce qu'une surcharge de médicaments ?



Une surcharge de médicaments signifie prendre plus de médicaments que nécessaire. Cela signifie aussi prendre des médicaments qui, ensemble, causent plus de torts que de bienfaits.

Trop de médicaments, c'est combien ?



Il n'y a pas de règle ! Si on prend un seul médicament qui nous cause des effets néfastes, cela peut être trop.

DES OUTILS POUR VOUS AIDER



Liste de BEERS

- AGS Beers criteria 2023 (Application iPhone 9,99\$ par année)
- Journal of American geriatrics society 2023

Topmf.ca

- www.topmf.ca

Deprescribing.org

- <https://deprescribing.org/>

Articles MD du Québec déprescription

- Les bonnes façons de prescrire et déprescrire (Octobre 2023)

Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments

- www.reseaudeprescription.ca



MESSAGES CLÉS

- 1) On doit considérer chaque aîné comme une personne unique, autant par sa condition clinique, son niveau de fragilité, que par ses valeurs et son projet de vie**
- 2) L'intensité des dépistages, des approches préventives et des traitements sont déterminés d'après la condition individuelle du patient, son projet de vie et l'état des connaissances scientifiques**
- 3) La révision du plan de traitement et l'approche de déprescription sont des objectifs qui doivent être continus dans le temps puisque les aînés et la littérature évoluent**



S'il n'y avait pas une aussi grande variabilité entre les individus, la médecine pourrait aspirer à être une science plutôt qu'un art

Sir William Osler

Bibliographie

Ali MU, Sherifali D et al Interventions to address polypharmacy in older adults living with multimorbidity: review of reviews. *Can Fam Physician* 2022 ; 68 (7) : e215-e26.

APES, Prise en charge du traitement de l'hypotension orthostatique de la personne âgée, mars 2020, https://www.apesquebec.org/system/files?file=2023-12/20200327_HTO.pdf

Canadian Task Force on preventive healthcare, Ligne directrice sur les fracture de fragilisation 2023 <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrives/lignes-directrices-publiees/fracture-de-fragilisation/?lang=fr>

Collège des médecins du Québec 2024, <https://www.cmq.org/fr/protger-le-public/infocmq/patient-expert-partenaire>

INESSS, 2023, <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/portrait-de-la-polypharmacie-et-de-lusage-de-medicaments-potentiellement-inappropriés-chez-les-personnes-âgées-au-québec.html>

Juraschek SP, Effects of intensive blood pressure treatment on orthostatic hypotension, *Annals of Internal Medicine*, Vol 174, No 1, Janvier 2021

Bibliographie

Lachance CH et Calabrino A, Traitement antidiabétique de la personne âgée, Le Médecin du Québec, Volume 58, numéro 10, octobre 2023

MSSS, Guide des bonnes pratiques clinique, https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/guide-des-bonnes-pratiques/ligne-du-temps_nov2023.pdf

Perry D, Kolber MR, Statins in older adults, Tools for practice No 344, 10 juillet 2023

Pelletier M, Soigner nos aînés de façon mieux adaptée, Le Médecin du Québec, 2024, Volume 59, numéro 10, octobre 2024

Statistiques Canada 2018 <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310013401>

SPRINT research group, A randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-pressure control, NEJM, 15 novembre 2024, Volum 373, No 22, 2103 à 2115

Travers J, Building resilience and reversing frailty, Age and Ageing, 2023:52: 1-9

Wang Z, The Effect of Frailty on the Efficacy and Safety of Intensive Blood Pressure Control: A Post Hoc Analysis of the SPRINT Trial. Circulation. 2023 Aug 15;148(7):565-574