

Pharmacies d'hôpitaux

Six interventions sur lesquelles les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Dernière mise à jour: janvier 2019



1 Ne maintenez pas les médicaments qui ne sont plus indiqués ou dont les risques excèdent les bienfaits.

La polypharmacie, souvent définie par la prise concomitante de cinq médicaments ou plus, a été associée à diverses complications médicales. Un traitement médicamenteux commence lorsque le patient et son équipe soignante conviennent que les bienfaits de la prise du médicament en question surclassent les risques de l'abstention de traitement. Par contre, avec le temps, les patients, leurs problèmes de santé ou les objectifs du traitement peuvent changer, de nouvelles données probantes peuvent être publiées ou d'autres facteurs peuvent modifier cet équilibre et les bienfaits du traitement ne surclassent plus les risques ou les inconvénients associés à son maintien. Vraiment très peu de médicaments devraient être administrés la vie durant. Les patients et leurs aidants devraient être au courant de la durée prévue du traitement et des effets escomptés; et ils devraient se sentir à l'aise de faire le suivi avec leurs professionnels de la santé afin de vérifier si les bienfaits du traitement continuent d'en surclasser les risques. La réalisation des bilans comparatifs des médicaments et les transitions de soins (comme l'hospitalisation ou le congé hospitalier) sont des situations qui se prêtent bien à un questionnement sur la nécessité de continuer un traitement ou de planifier son arrêt de façon sécuritaire.

2 N'utilisez pas un médicament pour une réduction des risques à long terme si l'espérance de vie est moindre que le délai d'obtention des bienfaits du médicament.

Le « délai d'obtention des bienfaits » est l'intervalle entre le début d'une intervention (dans ce cas-ci, un médicament) et le moment où le patient commence à en ressentir les bienfaits. Cet intervalle varie d'un médicament à l'autre. Un médicament n'est habituellement pas indiqué, à moins que le délai d'obtention des bienfaits soit clairement plus court que l'espérance de vie du patient et que les effets indésirables possibles soient estimés gérables. Ces critères sont particulièrement pertinents chez les adultes plus âgés et ceux qui reçoivent des soins palliatifs.

3 Ne maintenez pas un inhibiteur de la pompe à protons à moins d'une indication claire.

Dans bien des cas, un traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) est instauré pour une indication valide quand les bienfaits surclassent les risques. Pendant un séjour hospitalier, les IPP peuvent être instaurés pour prévenir un ulcère de stress ou chez des patients soumis à des traitements qui accroissent la probabilité de complications gastro-intestinales graves. Une fois que le risque d'ulcère de stress est revenu aux valeurs de base, il faut cesser l'IPP. De plus, les patients qui n'avaient pas besoin d'un IPP avant leur hospitalisation n'en auront généralement pas besoin si les conditions qui ont conduit à sa prescription ont été éliminées. Les effets indésirables à long terme de l'inhibition de la sécrétion acide causée par les IPP commencent à être connus. Les patients doivent discuter avec leur équipe soignante et ne continuer à prendre leur IPP que si les bienfaits surclassent les risques; ils devraient aussi, au besoin, vérifier de quelle façon effectuer le sevrage progressif du médicament jusqu'à son arrêt.

4 N'instaurer pas ou ne prolonger pas une antibiothérapie à large spectre à moins d'une indication clinique claire.

Les antibiotiques à large spectre sont efficaces contre les infections bactériennes, et particulièrement, contre les infections gravissimes, comme la septicémie ou la neutropénie fébrile. Dans certaines situations graves, ces agents peuvent être cliniquement indiqués et débutés dès les premiers signes d'infection. Il faut cesser les antibiotiques à large spectre dès que l'agent causal est connu ou soupçonné. Une antibiothérapie ciblée doit commencer le plus tôt possible. Si un antibiotique à large spectre est jugé nécessaire, il faut l'utiliser le moins longtemps possible, conformément aux lignes directrices et en fonction de la réponse clinique du patient.

5 Ne prescrivez pas d'emblée des benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques pour favoriser le sommeil sans d'abord essayer des mesures non pharmacologiques.

Les options non pharmacologiques pour le traitement de l'insomnie, comme une saine hygiène du sommeil ou la thérapie cognitive-comportementale, sont moins nuisibles que les médicaments et devraient constituer le traitement de première intention.

6 N'instaurer pas un traitement par opioïdes et n'en augmentez pas la dose pour la douleur chronique non cancéreuse avant d'avoir optimisé la pharmacothérapie non opioïde et les interventions non pharmacologiques.

Selon les données probantes, les opioïdes ne sont pas plus efficaces que les autres analgésiques pour certaines douleurs chroniques. En outre, les preuves qui s'accumulent à propos des risques de traitement aux opioïdes, y compris les troubles liés à l'usage d'opioïdes, du surdosage et d'autres effets indésirables encore récemment peu reconnus (p. ex., hyperalgésie, atteinte psychomotrice [qui exacerbe le risque de fractures], infarctus du myocarde, dysfonction sexuelle) militent en faveur d'un traitement non opioïde. Il est essentiel d'avoir une conversation sérieuse au sujet des risques, des avantages et des attentes, le tout, centré sur le patient.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a formé un groupe de travail composé de pharmaciens qui pratiquent dans différents milieux (p. ex., hôpitaux, soins primaires). Les membres ont été invités à formuler leurs recommandations à la SCPH, par courriel, et au moyen d'un sondage en ligne et de formulaires imprimés distribués à l'occasion de réunions nationales et régionales. Les recommandations formulées ont été passées en revue par le groupe de travail : les recommandations redondantes ou similaires ont été combinées et celles qui ne répondaient pas aux critères (c.-à-d., qui ne pouvaient pas prendre la forme de « choses à ne pas faire ») ont été éliminées. On a ainsi obtenu deux listes de recommandations, l'une « concernant les médicaments » (17 éléments) et l'autre « concernant la pratique » (14 éléments). Les membres de la SCPH ont été invités à choisir leurs cinq recommandations prioritaires dans chacune des deux catégories. Les résultats du sondage ont été analysés par le groupe de travail. Une liste abrégée de recommandations a ainsi été créée en dégageant les recommandations appuyées par au moins 40 % des répondants.

On a réuni les données probantes à l'appui de chacune des recommandations proposées et on a analysé les recommandations Choisir avec soin d'autres organisations afin de vérifier si des recommandations similaires existent déjà. Les recommandations proposées ont été comparées l'une à l'autre afin d'éliminer le double emploi. Le conseil de la SCPH a voté sur l'ébauche des recommandations en octobre 2018. Après l'approbation des recommandations par Choisir avec soin, le conseil de la SCPH a approuvé la version définitive de la liste de recommandations en janvier 2019.

Sources

- 1 Barnsteiner JH. Medication Reconciliation: Transfer of medication information across settings-keeping it free from error. Am J Nursing. Mars 2005; vol. 105, Suppl. 3 : p. 31-36. [En ligne].

Bootsma N et coll. La déprescription : la gestion des médicaments visant à réduire la polypharmacie. Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Le 28 mars 2018. [En ligne]. (consulté le 17 juillet 2018).

Cipolle RJ et coll. Pharmaceutical care practice: the patient-centred approach to medication management services. 3^e éd. New York: McGraw-Hill; 2012.

De Vries, TPGM et coll. « Étape 6 : Surveiller le traitement et y mettre éventuellement fin. » Bien prescrire les médicaments : guide pratique. Genève : Organisation mondiale de la santé. 1994 : p. 79-83. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Garfinkel D et coll. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. Ther Adv Drug Saf. Déc. 2015; vol. 6, n° 6: p. 212-233. PMID : 26668713.

Halapy H et coll. Ascertaining Problems with Medication Histories. Can J Hosp Pharm. Sept. 2012; vol. 65, n° 5: p. 360-367. PMID : 23129864.

ISMP Canada. Cinq questions à poser à propos de vos médicaments. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 2 Holmes HM et coll. Rationalizing Prescribing for Older Patients with Multimorbidity: Considering Time to Benefit. Drugs Aging. Sept. 2013; vol. 30, n° 9: p. 655-666. PMID : 23749475. [En ligne].

Algorithmes pour la déprescription. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 3 Boghossian TA et coll. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 16 mars 2017; vol. 3 : CD011969. PMID : 28301676. [En ligne].

Boghossian TA et coll. Comparaison de l'arrêt ou de la réduction et du maintien à long terme de l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 16 mars 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Kinoshita Y et coll. Advantages and Disadvantages of Long-term Proton Pump Inhibitor Use. J Neurogastroenterol Motil. Le 30 avril 2018; vol. 24, n° 2: p. 182-196. PMID : 29605975. [En ligne].

Therapeutics Initiative: Independent Healthcare Evidence. Deprescribing Proton Pump Inhibitors. [En ligne]. Le 26 juin 2018. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 4 Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Prescribing and Use in Hospitals and Long-Term Care. [En ligne]. Mis à jour le 11 avril 2017. [En ligne]. (consulté le 29 janvier 2019).

Gouvernement du Canada. Résistance aux antibiotiques (antimicrobiens) : Se protéger et protéger sa famille. [En ligne]. Mis à jour le 13 novembre 2018. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Hildreth CJ, et al. Inappropriate Use of Antibiotics. JAMA. Le 19 août 2009; vol. 302, n° 7: p. 816. [En ligne].

Isturiz RE. Optimizing Antimicrobial Prescribing. Int J Antimicrob Agents. Nov. 2010; vol.36, suppl. 3 : p. S 19-22. PMID : 21129628. [En ligne]

Zalmanovici Trestioreanu A et coll. Le traitement antibiotique de la bactériurie asymptomatique. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 8 avril 2015; CD009534. PMID : 25851268.
- 5 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Sleep Medications for Adults Diagnosed with Insomnia: Clinical Evidence and Harms. Le 29 avril 2013. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Évaluation des interventions cliniques en gestion de l'insomnie. Juin 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Fick DM et coll. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. Nov. 2015; vol. 63, n° 11: p. 2227-2246. PMID : 26446832. [En ligne].

Soong C et coll. Vos proches âgés peuvent dormir sur leurs deux oreilles sans sédatifs : Trousse à outils pour réduire l'utilisation inappropriée des benzodiazépines et des hypnotiques chez les adultes âgés dans les hôpitaux. Juillet 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 6 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Les opioïdes dans la prise en charge de la douleur. Septembre 2018. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Les preuves par catégorie. Options aux opioïdes. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Busse, J. W. et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. JAMC. Le 8 mai 2017; vol. 189, n° 18 : p. E659-E666; PMID : 28483845. [En ligne].

Busse JW et coll. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. Le 18 déc. 2018; vol. 320, n° 23: p. 2448-2460. PMID : 30561481. [En ligne].

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Analgsiques opioïdes. Renseignements pour les patients et les membres de leur famille. Mars 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).

Krebs EE et coll. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients with Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. JAMA. Le 6 mars 2018; vol. 319, n° 9 : p. 872-882. PMID : 29509867. [En ligne].

À propos de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux :

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux est l'organisme national sans but lucratif qui veille à la prestation de soins de qualité aux patients par le biais de la promotion d'une utilisation sécuritaire et efficace des médicaments dans les hôpitaux et autres établissements de santé multidisciplinaires.

Canadian Society of
Hospital Pharmacists



Société canadienne des
pharmaciens d'hôpitaux

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

[🌐 choisiravecsoin.org](http://choisiravecsoin.org) | [✉ info@choisiravecsoin.org](mailto:info@choisiravecsoin.org) | [🐦 @choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | [f /choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)