



Journée de la

Pharmacothérapie

2025



# Informations pratiques

- ✓ **Accréditation**

Cliquez sur les pop-ups qui apparaîtront sur votre écran quelques fois par heure. Cela nous permettra de confirmer votre présence

- ✓ **Questions**

Via le 'chat' → réponse en fin de présentation

- ✓ **Interactivité via sondages**

- ✓ **Evaluation**

# Programme



12h30 – 14h30

Sans pause

**Arrêt des antidépresseurs: et si on y pensait?**

Louis Heremans MD

**Antipsychotiques chez les patients âgés :  
brisons la routine**

Catherine Veys MD

**Match ou mismatch? Le quiz antibiotiques**

Laëtitia Cuitte MPharmSc

**Cascades médicamenteuses :  
les reconnaître et les prévenir**

Camille Bertrand MPharmSc

# Orateurs



Louis Heremans MD



Catherine Veys MD



Laëtitia Cuitte MPharmSc



Camille Bertrand MPharmSc

# Nouveau !

Création d'une rubrique  
« Patients âgés »  
dans le Répertoire

## RÉPERTOIRE COMMENTÉ DES MÉDICAMENTS

SEPTEMBRE

- Introduction
- 1. Système cardio-vasculaire
- 2. Sang et coagulation
- 3. Système gastro-intestinal
- 4. Système respiratoire
- 5. Système hormonal
  - 5.1. Diabète
  - 5.2. Obésité
  - 5.3. Pathologie de la thyroïde
    - 5.3.1. Hormones thyroïdiennes**
      -  afficher tous les conditionnements
      -  **Lévothyroxine**
    - 5.3.2. Thyrotropine alfa
    - 5.3.3. Antithyroïdiens

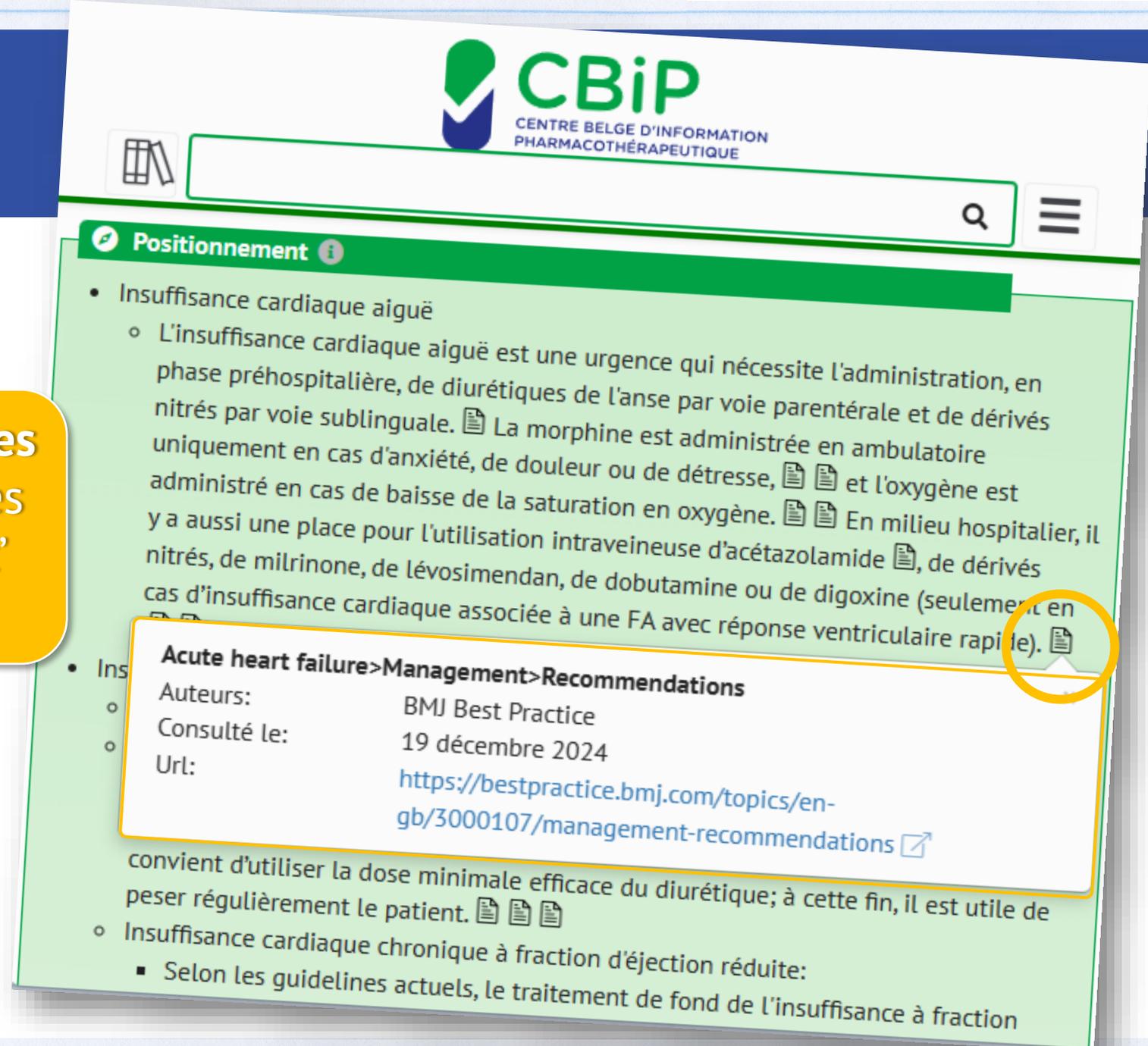
### Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge de l'hypothyroïdie clinique est la même que chez les personnes plus jeunes et l'administration de la lévothyroxine (voir *"Positionnement"*).
- La lévothyroxine est un médicament dont la marge thérapeutique-toxique est étroite: la prudence est de mise, en particulier chez les personnes âgées. Les interactions pharmacocinétiques (avec les inhibiteurs) demandent aussi une vigilance particulière (voir [Intro.6.3. Interactions des médicaments](#)).
- Il est préférable de débiter le traitement par de faibles doses, à n'augmenter que très progressivement jusqu'à atteindre la dose d'entretien, en surveillant l'évolution de la TSH (voir [la fiche médicamenteuse](#) ).
- Un surdosage faible mais prolongé accroît le risque de fractures ostéoporotiques chez la femme ménopausée, ainsi que le risque de fibrillation atriale. Il est nécessaire de surveiller régulièrement l'adéquation de la dose.
- Hypothyroïdie subclinique: En raison de la variabilité des taux de TSH, la présence d'une hypothyroïdie subclinique nécessite la répétition de la mesure des anticorps antithyroïdiens. Si l'hypothyroïdie subclinique est confirmée, surtout si la TSH > 10 mU/L, ou en présence d'anticorps, il y a un risque de complications cliniques. C'est pourquoi un suivi biologique se justifie, chez tous ces patients. Chez les personnes âgées jusqu'à des seuils de TSH de 20 mU/L, le risque est défavorable (voir [Folia de juin 2022](#)).
- Le sigle "80+" à côté de la lévothyroxine indique qu'elle fait partie des sélections du [Formulaire de soins aux personnes âgées](#) . En cliquant sur ce choix, dans la fiche médicamenteuse.

### Interactions

# Nouveau !

Ajout de références  
dans les rubriques  
'Positionnement'  
du Répertoire



**CBIIP**  
CENTRE BELGE D'INFORMATION  
PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

**Positionnement**

- Insuffisance cardiaque aiguë
  - L'insuffisance cardiaque aiguë est une urgence qui nécessite l'administration, en phase préhospitalière, de diurétiques de l'anse par voie parentérale et de dérivés nitrés par voie sublinguale. La morphine est administrée en ambulatoire uniquement en cas d'anxiété, de douleur ou de détresse, et l'oxygène est administré en cas de baisse de la saturation en oxygène. En milieu hospitalier, il y a aussi une place pour l'utilisation intraveineuse d'acétazolamide, de dérivés nitrés, de milrinone, de lévosimendan, de dobutamine ou de digoxine (seulement en cas d'insuffisance cardiaque associée à une FA avec réponse ventriculaire rapide).

**Acute heart failure > Management > Recommendations**

Auteurs: BMJ Best Practice  
Consulté le: 19 décembre 2024  
Url: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000107/management-recommendations>

convient d'utiliser la dose minimale efficace du diurétique; à cette fin, il est utile de peser régulièrement le patient.

- Insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection réduite:
  - Selon les guidelines actuels, le traitement de fond de l'insuffisance à fraction

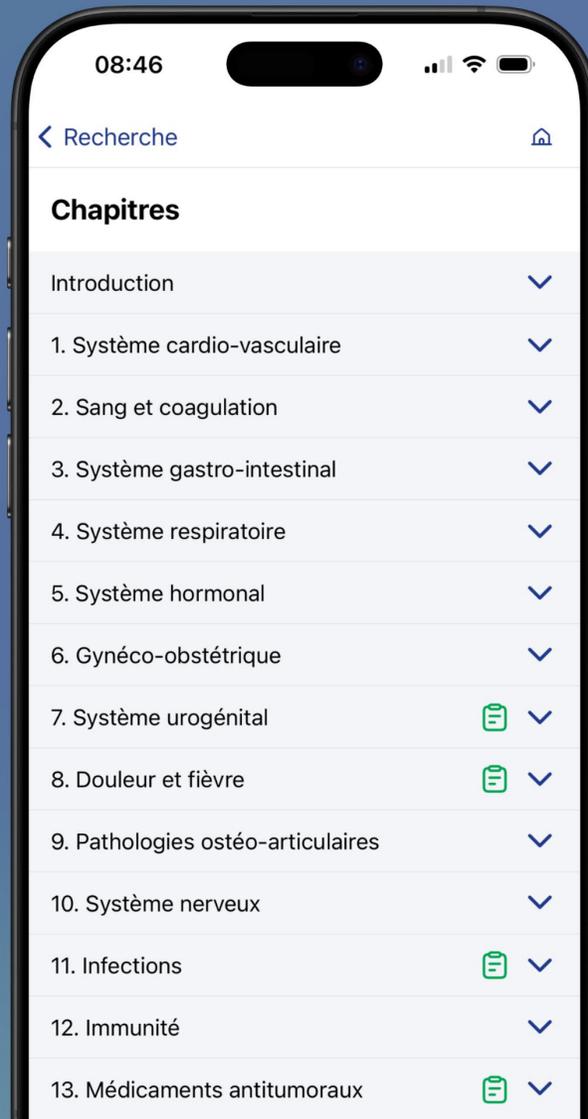
# Nouveau !

Nouvelle  
app  
mobile !

- ✓ Posologies
- ✓ Indisponibilités
- ✓ Notices
- ✓ Formulaires de remboursement
- ✓ Articles Folia
- ✓ Favoris
- ✓ Etc.

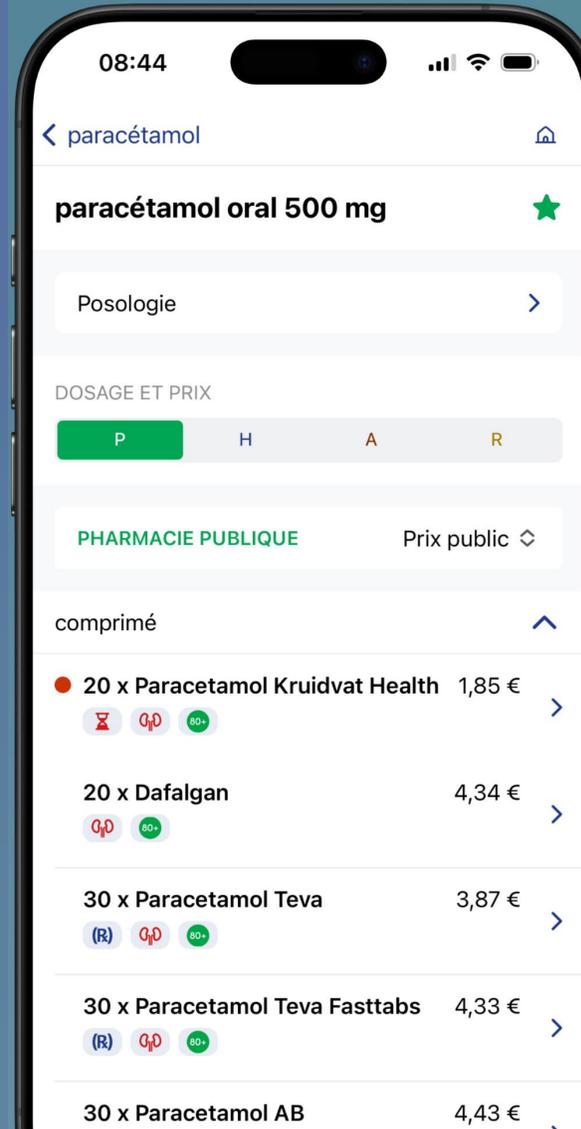
## Accès au Répertoire

intro, commentaires, ...



## Aperçu des médicaments

prix, efficacité, sécurité, ...



## Accès aux articles

actuels et axés sur la pratique



# Modérateur



- ✓ Prof. Dr. Gilles Faron
- ✓ Médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie à l'UZ Brussel
- ✓ Rédacteur en chef CBIP

Questions ? → [redaction@cbip.be](mailto:redaction@cbip.be)



# Arrêt des antidépresseurs : et si on y pensait ?

Louis Heremans MD

# Quelques cas tirés de la pratique



- Antoine, 34 ans
- Sous sertraline depuis 10 ans, débuté durant ses études
- Actuellement épanoui, se sent bien



- Sonia, 67 ans
- Sous AD depuis 5 ans
- Revient tous les 3 mois pour la délivrance de son AD

*Que feriez-vous ?*

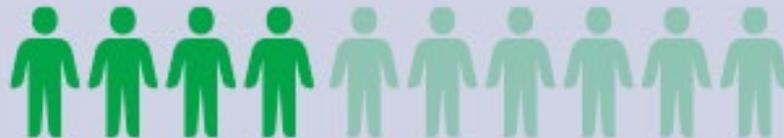
# Des situations qui vous sont familières?

- De nombreux patients sont sous AD depuis plusieurs années malgré l'absence d'une indication claire
- Ces cas cliniques reflètent bien la pratique

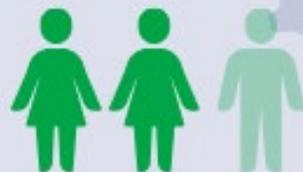
## ET POUR QUELLE DURÉE ?



7/10 pendant plus d'un an



4/10 pendant plus de 3 ans



2/3 sont des femmes

# Que disent les guidelines ?

- Indication principale des AD = dépression
- Durée pour 1<sup>er</sup> épisode :
  - 6 mois après amélioration et stabilisation cliniques
  - 2 ans si risque de rechute
  - Recommandation basée sur des consensus, peu de preuves
- Minorité de patients où un usage prolongé d'AD est nécessaire  
Mais aucune guideline ne les recommande à vie
- Dans l'anxiété : idem, aucune recommandation de traitement à vie

# Cas clinique : Antoine

AD depuis 10 ans, débuté durant les études



*Antoine vient en consultation pour ses enfants.*

*« Tant que je suis là, est-ce que vous sauriez me prescrire ma sertraline ? »*

## Que faites vous ?

- Pas le temps maintenant, vous faites la prescription
- Vous renouvelez la prescription, tout comme les prochaines fois
- Vous l'invitez à revenir en consultation

Comment ça va ?

Bien.

OK. Du coup, on prolonge ?



# Cas clinique : Antoine

AD depuis 10 ans, débuté durant les études

*Tout va bien pour le moment,  
je suis heureux dans mon  
couple, mes enfants vont bien,  
tout se passe pour le mieux au  
travail.*

***Pourquoi prendre le risque de  
tout perdre ?***

# Une récurrence de la dépression ?



Peur de la  
rechute...

- 50 à 60% des personnes dépressives traverseront seulement 1 épisode dépressif au cours de leur vie.
- La plupart des gens guérissent en 6 mois.

# Les AD empêchent-ils une récurrence?

Peur de la rechute...

- Un certain nombre d'études suggèrent un bénéfice des AD (50-70% de rechutes en moins).
- MAIS ces études présentent des limites majeures :
  - menées dans la 2<sup>e</sup> ligne
  - arrêt abrupte plutôt que progressif
  - Pas de distinction entre rechute et syndrome de sevrage
- Actuellement, pas de conclusion possible quant à la durée idéale de traitement
  - Autrement dit : on ne sait pas si les AD au long cours protègent contre la rechute
  - Les recommandations actuelles d'arrêt progressif 6 mois (ou 2 ans) après la rémission clinique reposent sur des consensus (opinions d'experts)



Trusted evidence.  
Informed decisions.  
Better health.

Access provided by: Ghent University Review language: English

Title Abstract K

Cochrane reviews

Searching for trials

Clinical Answers

About

Help

Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention

Free access

## Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults

Ellen Van Leeuwen, Mieke L van Driel, Mark A Horowitz, Tony Kendrick, Maria Donald, An IM De Sutter, Lindsay Robertson, Thierry Christiaens Authors' declarations of interest

Version published: 22 April 2021 Version history

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013495.pub2>

Co-funded by

# Quelle approche pour un arrêt d'AD ?

- **L'arrêt de l'AD est-il indiqué? Oui? Non? Pourquoi?**
  - Durée de traitement recommandée (nettement) dépassée ?
  - Le patient se sent-il actuellement bien ?
  - Pas d'autre comorbidité psychiatrique?
  - Pas d'addiction à d'autres médicaments ?

# Quelle approche pour un arrêt d'AD : étape par étape, en collaboration avec le patient

*“ Vous prenez ce traitement depuis déjà un bon moment, non?  
Je me rends compte que cela fait longtemps que je ne vous ai pas demandé comment vous allez. Pour moi, c'est important.  
Est-ce que vous seriez d'accord d'en discuter lors d'une consultation?”*



## 1. Discuter et faire le point sur

- Le bien-être du patient
- Son expérience avec l'AD



## 2. Evaluer la pertinence du traitement AD

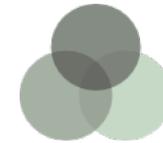


## 3. Informer et aboutir à une décision médicale partagée

# 1. Discuter et faire le point

- **Bien-être**

- Comment allez-vous?  
Comment ça se fait?
- Actuellement, quel regard portez-vous sur votre dépression passée?
- Qu'est-ce qui a changé depuis?



*Introduisez une perspective **biopsychosociale** (sur la dépression/le bien être) : ne laissez pas le patient penser que tout ce qui lui arrive de bien est grâce à son antidépresseur.*



*Soulignez tous les **progrès** réalisés depuis et **soutenez le patient** dans ses changements de vie qui lui ont été bénéfiques.*

# 1. Discuter et faire le point

- **Bien-être**
- **Expérience avec l'AD**
  - Quelle expérience avez-vous avec cet AD?
  - L'avez-vous déjà arrêté? Oublié une dose?
  - Qu'est-ce que cet AD signifiait pour vous?  
Et maintenant?
  - Cet AD donne souvent ... comme effets 2<sup>nd</sup>; vous sentez-vous concerné?

Troubles gastro-intestinaux déjà bilantés (ex. gastroscopie) et pas d'anomalie retrouvée.

Prise de « médicaments » pour les intestins...

# Quels risques avec les AD?



- **Rares mais graves :**

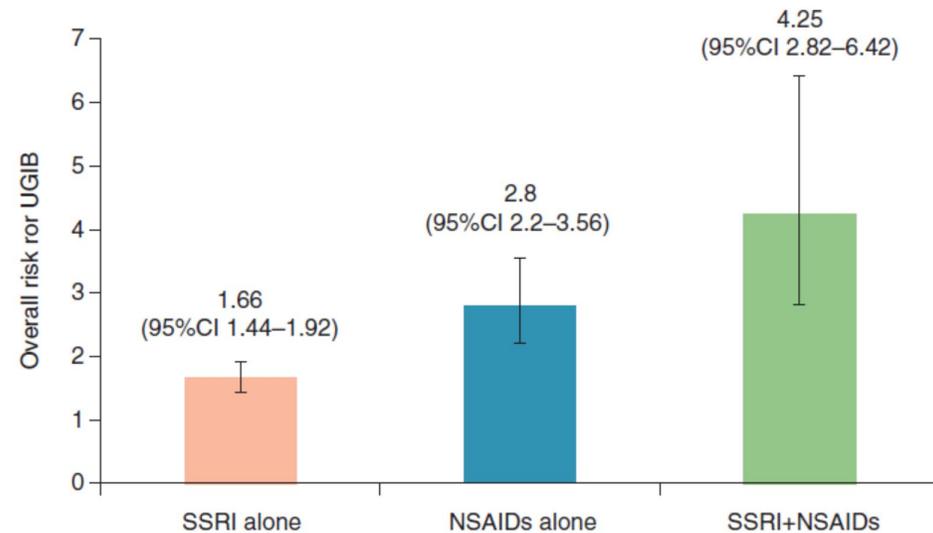
- Risque de saignements
- Hypotension orthostatique
- HypoNa (surtout patients âgés)
- Majoration du risque de chute chez patients âgés
- Syndrome sérotoninergique
- Troubles du rythme
- Syndrome de sevrage lors de l'arrêt
- Interactions (médicaments, aliments, alcool)
- ...

*“C’est vrai que ma femme me dit parfois que je suis devenu très froid. Je n’arrive plus à pleurer...”*

- **Moins perceptibles :**

- Emoussement émotionnel
- Sentiment de “dépendance” psychologique

# Interactions avec AINS : majoration du risque hémorragique



**Figure 3.** Relative contributions of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and nonsteroidal anti-inflammatories (NSAIDs) to the risk of upper gastrointestinal (GI) bleeding.

*“J’adore le trail.  
Je prends souvent de  
l’ibuprofène pour mes  
douleurs aux genoux.”*

- Saignement gastro-intestinal sous SSRI : **OR 1.67** (IC 95% 1.13-2.5)
- Risque majoré sous AINS : **OR 4.25** (IC 95% 2.82-6.42)

## 2. Evaluer la pertinence du traitement AD

- Evaluer comment se sent le patient
- Demander s'il présente d'éventuels effets indésirables.

### **Pourquoi est-ce nécessaire ?**

- Aide à déterminer si un sevrage progressif est indiqué
- Aide à identifier les forces et ressources du patient
- Prise de conscience pour le patient → Gain de confiance

# 3. Informer et aboutir à une décision médicale partagée

- Si l'arrêt est indiqué et possible, **discutez-en** avec le patient
- **Informez sur le médicament** : demander l'accord du patient et exprimez vos préoccupations
- **Entretien motivationnel** : pour maintenir la motivation du patient à arrêter l'AD

*“ Vous prenez ce médicament depuis déjà pas mal de temps et je dois dire que ça m’ennuie un peu. Est-ce que vous seriez d’accord que je vous explique ce qui me préoccupe? ”*

# Aborder le problème : informer et conseiller



Semer l'idée dans l'esprit  
du patient



## Informer sur le médicament

- AD de longue durée rarement nécessaire
- Le sevrage peut être tenté.

Parfois difficile mais dans de nombreux cas, l'arrêt est possible

- *“Vous ne serez pas seul dans ce processus”*

# Aborder le problème : informer et conseiller



Semer l'idée dans l'esprit  
du patient



*“Je me sens bien avec ce médicament. Ca ne doit pas être si mauvais, si?”*

- Soyez ouvert d'esprit, acceptez la résistance
- OK de ne pas être d'accord : n'entrez pas dans un débat (mais ne vous laissez pas non plus convaincre)
- *Avez-vous déjà réfléchi à une durée de traitement qui vous conviendrait?*
- *Que devrait-il se passer pour que vous envisagiez un arrêt de votre AD ?*
- ...

# Maintenir la motivation



Laisser le patient mûrir



## Entretien motivationnel

- Soyez patient
- Convenez ensemble de la fréquence de suivi (par ex. tous les 3 à 6 mois)
- Respectez le rythme du patient mais ne lâchez pas le suivi
- Qu'est-ce qui manque à votre patient pour pouvoir continuer sans AD?  
→ (suivi psychologique ? prise en charge de problèmes médicaux? aide sociale? ...?)
- Explorez et anticipez : Quelles ressources disponibles? Pièges possibles? Stratégies d'adaptation (coping) ?

# Soutenir le patient



Aborder le problème:  
**Informé sur le médicament**



Laisser le patient mûrir :  
**Entretien motivationnel**



**Soutenir** le patient dans  
son arrêt d'AD



# En officine

- Christine a débuté le sevrage de son citalopram, qu'elle prenait depuis 12 mois pour une dépression.
- La posologie était de 20 mg/jour.  
Elle prend désormais 10 mg pendant 4 semaines et puis il est prévu qu'elle l'arrête complètement.
- 4 jours après avoir diminué la dose de moitié, elle développe les symptômes suivants : vertiges, nausées, sensations de chocs électriques, angoisse, troubles du sommeil, idées noires.

## *Quelle est l'explication la plus probable ?*

- *Une rechute de la dépression ?*
- *Un syndrome de sevrage ?*

# Symptômes possibles lors de l'arrêt

	Rechute	Syndrome de sevrage
Nature des symptômes	<i>Psychique</i>	<i>Physique</i>
Délai d'apparition en cas d'arrêt de l'AD	<i>Semaines / mois</i>	<i>Heures / Jours</i>
Délai de disparition en cas de reprise de l'AD	<i>Semaines / mois</i>	<i>Heures / Jours</i>



Un syndrome de sevrage renseigne **sur la vitesse** à laquelle l'AD peut être arrêté.

Il **ne doit pas remettre en question** la faisabilité/l'indication de l'arrêt de l'AD.

# Comment arrêter un AD ?

- Elaborez un plan en collaboration avec le patient (peut s'inscrire dans la durée)
- Assurez un suivi actif

**Sertraline**

D'une dose élevée à la dose habituelle

Dose initiale	Étape 1	Étape 2	Étape 3
> 50 mg/j	Réduire à 50 mg sur > 4 semaines	50 mg pendant > 2 semaines	Passer au « Schéma d'arrêt plus progressif »

Schéma d'arrêt progressif classique

Dose initiale	Étape 1	Étape 2
50 mg/j	25 mg pendant 4 semaines	Arrêt

Schéma d'arrêt plus progressif

Dose initiale	Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5	Étape 6	Étape 7	Étape 8
50 mg/j	25 mg pendant 1 semaine	15 mg pendant 1 semaine	10 mg pendant 1 semaine	7,5 mg pendant 1 semaine	5 mg pendant 1 semaine	2,5 mg pendant 1 semaine	1,25 mg pendant 1 semaine	Arrêt

- Utilisez le schéma d'arrêt plus progressif en cas d'antécédents de symptômes de sevrage lors de l'oubli d'une dose ou de non-observance thérapeutique; en cas d'échec d'une tentative d'arrêt antérieure ou en cas d'utilisation de doses plus élevées que la posologie habituelle dans le cadre d'une dépression.
- L'arrêt peut aussi être plus progressif si le patient le souhaite ou si vous l'estimez nécessaire (sur base de ce que vous savez de votre patient et de son contexte de vie).

 Ce dosage n'est pas disponible sur le marché. Vous pouvez couper une spécialité existante.  
 Ce dosage doit être réalisé sous forme d'une préparation magistrale.

7  
© CBIP 2024



- Réduisez progressivement la dose, par paliers
- Paliers suffisamment longs (ex. 4 semaines)
- Si FR de syndrome de sevrage : ralentir la réduction de dose, allonger la durée des paliers
- Schémas d'arrêt des AD disponibles sur le site du CBIP (Folia + Boîte à outils)

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

Cet article remplace notre texte paru dans les Folia de juin 2022. L'article a été complété par des informations sur l'arrêt progressif des antidépresseurs tricycliques, des IMAO et d'antidépresseurs divers (agomélatine, bupropione, miansérine, mirtazapine, trazodone, vortioxétine), suite à la publication en mai 2023 d'un nouveau document multidisciplinaire à ce sujet, intitulé « *Afbouw overige antidepressiva* » (rédigé par les organisations néerlandaises KNMP et NHG entre autres, voir référence 14).

Tous les antidépresseurs peuvent provoquer des symptômes de sevrage lorsqu'ils sont arrêtés ou interrompus. Il ressort de données récentes que les symptômes de sevrage sont plus fréquents et, chez certains patients, plus graves et plus durables qu'on le pensait auparavant. Le principal objectif d'un arrêt progressif (et lent) est d'éviter les symptômes de sevrage (sévères). Nous manquons cependant de preuves étayant la meilleure méthode à adopter pour ce processus (durée de la période d'arrêt progressif, vitesse de décroissance et paliers de réduction de dose). Nous pouvons néanmoins proposer un certain nombre de lignes directrices. Chez certains patients, il peut être nécessaire d'arrêter l'antidépresseur sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Le partage de la prise de décision entre le médecin et le patient, le suivi régulier par le médecin et, si nécessaire, le soutien psychologique, sont essentiels dans le processus d'arrêt progressif. Cet article couvre les points suivants :

- [Introduction : quelques points de vigilance](#)

- [Principes généraux de l'arrêt progressif](#)

- [Symptômes de sevrage : symptômes, durée, symptômes de sevrage vs rechute et facteurs de risque de survenue de symptômes de sevrage](#)

- [Bon usage des schémas d'arrêt présentés dans cet article](#)

- [Schémas concrets d'arrêt :](#)

- inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRS) [citalopram](#), [escitalopram](#), [fluoxétine](#), [fluvoxamine](#), [paroxétine](#) et [sertraline](#) ;

- inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) [duloxétine](#) et [venlafaxine](#) ;

- antidépresseurs tricycliques : [amitriptyline](#), [clomipramine](#), [dosulépine](#), [nortriptyline](#) ;

- antidépresseurs divers : [agomélatine](#), [bupropione](#), [miansérine](#), [mirtazapine](#), [trazodone](#), [vortioxétine](#).

# Boîte à outils : schémas d'arrêt

## Boîte à outils



Le guide des symboles



Canicule et médicaments



Vaccination contre la fièvre  
jaune



Chaque médicament au bon  
moment !



Arrêt progressif des  
antidépresseurs



Arrêt progressif des IPP

## Sertraline

### D'une dose élevée à la dose habituelle

Dose initiale	Étape 1	Étape 2	Étape 3
> 50 mg/j	Réduire à 50 mg sur ≥ 4 semaines	50 mg pendant ≥ 2 semaines	Passer au « Schéma d'arrêt plus progressif »

### Schéma d'arrêt progressif classique

Dose initiale	Étape 1	Étape 2
50 mg/j	25 mg pendant 4 semaines	Arrêt

### Schéma d'arrêt plus progressif

Dose initiale	Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5	Étape 6	Étape 7	Étape 8
50 mg/j	25 mg pendant 1 semaine	15 mg pendant 1 semaine	10 mg pendant 1 semaine	7,5 mg pendant 1 semaine	5 mg pendant 1 semaine	2,5 mg pendant 1 semaine	1,25 mg pendant 1 semaine	Arrêt

- Utilisez le schéma d'arrêt plus progressif en cas d'**antécédents de symptômes de sevrage** lors de l'oubli d'une dose ou de non-observance thérapeutique; en cas d'**échec d'une tentative d'arrêt** antérieure ou en cas d'utilisation de **doses plus élevées que la posologie habituelle** dans le cadre d'une dépression.
- L'arrêt peut aussi être plus progressif si le patient le souhaite ou si vous l'estimez nécessaire (sur base de ce que vous savez de votre patient et de son contexte de vie).

 Ce dosage n'est pas disponible sur le marché. Vous pouvez couper une spécialité existante.  
 Ce dosage doit être réalisé sous forme d'une préparation magistrale.

# Présence de FR = schéma très progressif

Vérifiez s'il existe des facteurs de risque de syndrome de sevrage:

- ATCD de symptômes de sevrage en cas d'oubli d'une dose
- Tentative(s) d'arrêt précédente(s) infructueuse(s)
- Utilisation de doses élevées d'AD



*Schéma sur mesure*

## Citalopram

D'une dose élevée à la dose habituelle

Dose initiale	Étape 1	Étape 2	Étape 3
> 20 mg/j	Réduire à 20 mg sur ≥ 4 semaines	20 mg pendant ≥ 2 semaines	Passer au « Schéma d'arrêt plus progressif »

Schéma d'arrêt progressif classique

Dose initiale	Étape 1	Étape 2
20 mg/j	10 mg pendant 4 semaines 	Arrêt

Schéma d'arrêt plus progressif

Dose initiale	Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5	Étape 6	Étape 7	Étape 8
20 mg/j	10 mg pendant 1 semaine 	6 mg pendant 1 semaine 	4 mg pendant 1 semaine 	3 mg pendant 1 semaine 	2 mg pendant 1 semaine 	1 mg pendant 1 semaine 	0,5 mg pendant 1 semaine 	Arrêt

# Quid si venlafaxine ou duloxétine?

- **Gélules de venlafaxine**

- Contiennent des micro-comprimés (12,5 mg)
- Libération prolongée → ne peuvent être écrasés

- **Gélules de duloxétine**

- Contiennent des micro-comprimés (7,5 mg)
- Gastro-résistants → ne peuvent être écrasés

- Préparations magistrales **non remboursées** !



# Plusieurs partenaires pour un projet commun



Soutenir le patient dans son arrêt d'AD



- Réfléchissez ensemble aux personnes qui pourront soutenir le patient

- Un proche (par ex. conjoint)
- Le pharmacien
- Le psychologue



MG

=

*Guide*

- Convenez de la manière dont votre patient pourra vous contacter pour obtenir des conseils.
- Impliquer le pharmacien lorsque le patient commence la réduction de dose : ainsi, le **pharmacien devient un partenaire supplémentaire** dans le suivi de votre patient.

# Un travail d'équipe avec le pharmacien !



- **Initier la discussion** sur l'utilisation des AD à long terme (de votre propre initiative ou si le patient s'interroge)
- Offrir un **soutien accessible** au patient (informations, réponse aux questions, suivi, motivation...)
- Servir d'**intermédiaire entre le médecin et le patient** (clarifier, contacter, référer en cas de problème)
- **Conseiller le médecin** sur les options les plus réalisables (et les plus économiques) pour la réduction de dose d'une molécule spécifique
- Préparer les **magistrales** si nécessaire

# Messages-clés

- Aborder et suivre la dépression selon une **approche bio-psycho-sociale**
- Un usage prolongé d'AD peut avoir des **effets négatifs** et n'a **pas démontré d'efficacité** au long terme.
- **Collaborer avec le patient :**
  1. Discuter et faire le point
  2. Evaluer la pertinence du traitement AD
  3. Informer et aboutir à une décision médicale partagée
- Proposer un **arrêt progressif et sur mesure** ( → **schémas d'arrêt du CBiP** )
- Impliquer d'autres **alliés** (entourage, pharmacien, psychologue...)
- **L'arrêt de l'AD débute dès sa prescription** (planification et accompagnement dès le début)

# Sources

- E-learning du CBIP : “Arrêt progressif des antidépresseurs”
- Article Folia de Janvier 2024 : “Arrêt progressif des antidépresseurs : lignes directrices (mise à jour 2024)”
- Boîte à outils du CBIP : “Arrêt progressif des antidépresseurs”

**Psychotropes: 10 jours de sensibilisation**



1-10 octobre 2025

Pour un usage adapté,  
à favoriser ensemble.

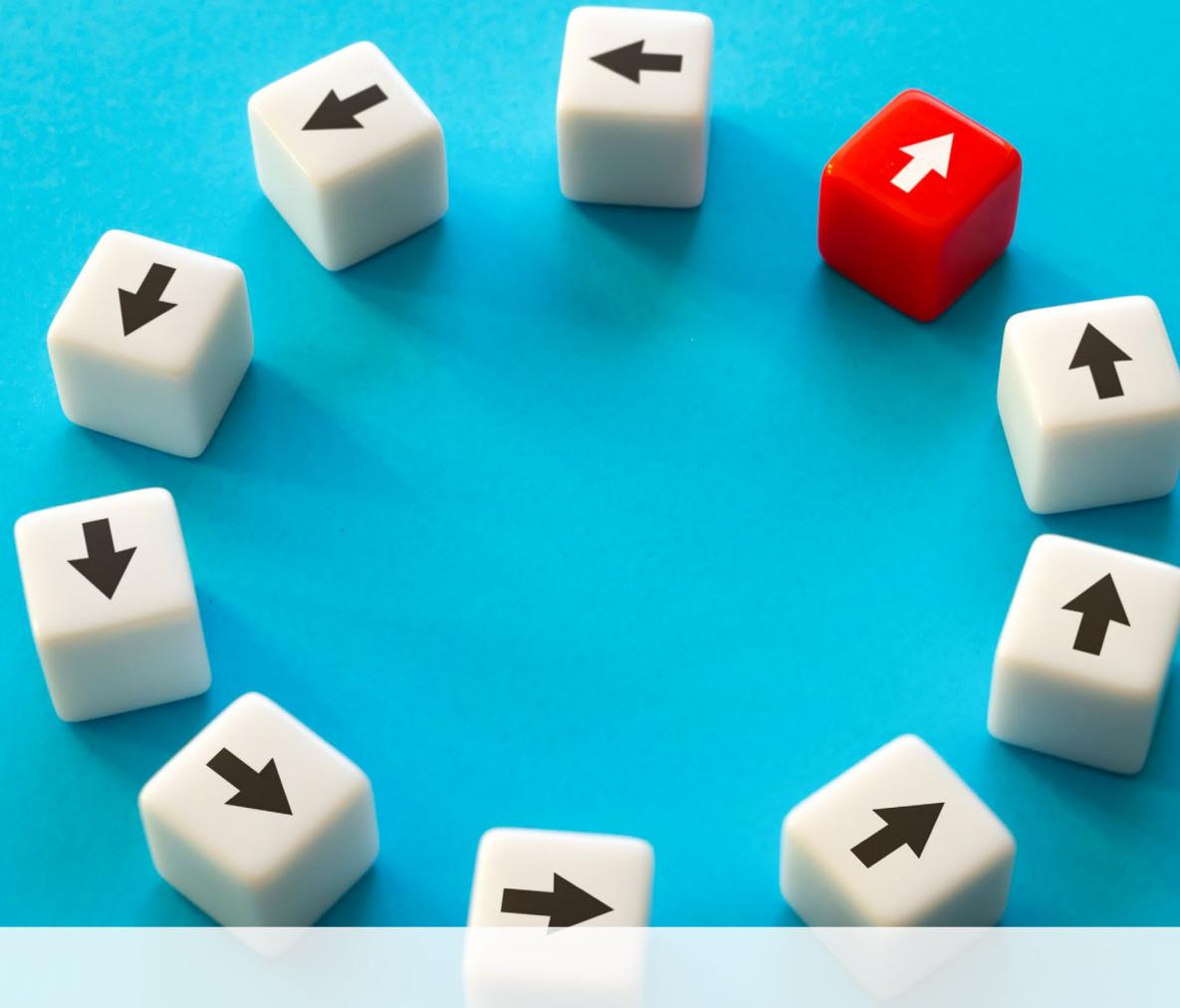
Envie d'en savoir plus?  
[psychotropes10jours.be](https://psychotropes10jours.be)

# L'arrêt de l'AD débute dès sa prescription : comment faire en pratique?

- Toujours **informer sur l'AD** au moment de l'initier
- La dépression doit s'aborder selon une **approche biopsychosociale**
- Les AD ont des **avantages** et des **inconvénients**
- AD = une **aide temporaire**, pas au long cours
- *“On réévaluera régulièrement votre bien-être et votre utilisation de l'AD”*  
*“N'hésitez pas à aborder le sujet en consultation”*

# Récidive de symptômes après l'arrêt de l'AD : que faire ?

- **Symptômes ≠ rechute !**
- **Quels types de symptômes ?**
  - Symptômes de **sevrage** (tardifs) ? → reprendre AD et arrêter + lentement ?
  - **Rechute** ? → reconsidérer un traitement par ex. psychothérapie (bio-psycho-social !)
  - **Autre** ? ex. stress → discuter des stratégies de coping
- **Quelles ressources ?**
  - Soutien via conjoint, amis, collègues, psy, MG, pharmacien?
  - Qu'est-ce qui avait aidé dans le passé?



## **Antipsychotics in Older Patients: Break the Routine**

Catherine Veys MD

# Plan

## Antipsychotics in Older Patients

- ▶ Intro: What is the problem?
- ▶ Why antipsychotics?
- ▶ Benefit/risk balance?
- ▶ How to avoid prescribing?
- ▶ When to prescribe?
- ▶ Is it possible to stop them?
- ▶ When and how to stop?



# Intro: What is the problem?

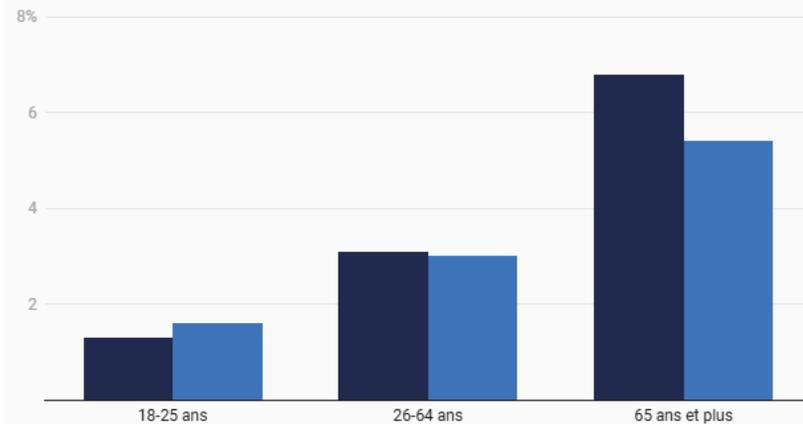
In Belgium, people aged 65+ are **the largest consumers of antipsychotics**, especially in **nursing homes**

Source: IMA-AIM

Consommation d'antipsychotiques en Belgique par catégorie d'âge

% de la population

■ 2012 ■ 2022



Source: Atlas AIM (cliquez ici pour visualiser les données) - Créé avec Datawrapper

Consommation d'antipsychotiques en Belgique par type de soins

% des 65 ans et plus par type de soins

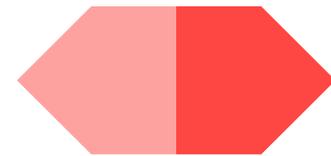
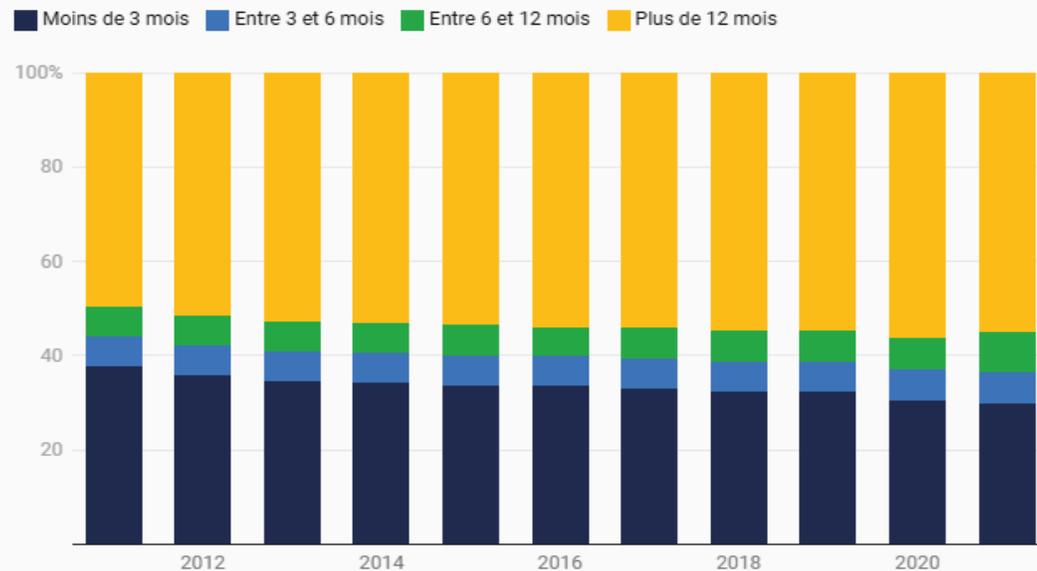
■ Maison de repos ■ Soins à domicile ■ Pas de soins de longue durée



# Intro: What is the problem?

**Chronic use** of antipsychotics affects **more than half of all patients**

**Consommation d'antipsychotiques en Belgique selon la durée de traitement**



**Guidelines**

Source: Atlas AIM (cliquez ici pour visualiser les données) - Créé avec Datawrapper

# Why antipsychotics in older patients?

+ context of  
multimorbidity  
and  
polypharmacy

Ageing  
population

More dementia/BPSD\*

aggression,  
agitation/dishinibition,  
anxiety,  
nocturnal wandering

More AE / intercurrent illnesses

Hard to handle for patients,  
family and care staff

Pressure for a quick fix  
**Antipsychotics**

# Antipsychotics : benefit/risk balance?

## What the studies tell us:

### ▶ Benefits?

- Little effect on symptoms
- Effect often overestimated (erratic natural course)

### ▶ Risks ?

- Sedation, hypotension, falls, weight gain, extrapyramidal and anticholinergic symptoms, tardive dyskinesia.
- Increased risk of stroke and mortality

✘ Chronic use has a negative benefit/risk balance

# Clinical case 1



- **Marcel, 81, lives in a nursing home**
  - ▶ Admitted for hip replacement after hip fracture.
  - ▶ Back at the nursing home: confused, agitated – many changes in a short time.
  - ▶ Nurse asks if haloperidol can be given.

# Clinical case 1



- **Medical history**

- ▶ COPD (50 pack-years) > 40 years
- ▶ Hypertension
- ▶ TURP with residual incontinence > 4 years ago
- ▶ Osteoarthritis
- ▶ Depression > 2 years ago

# Clinical case 1



- **Medication**

- ▶ Lisinopril/hydrochlorothiazide 20/12.5 mg *once daily*
- ▶ Citalopram 20 mg *once daily*
- ▶ Tramadol retard 100 mg *once daily*
- ▶ Tiotropium 7 µg *once daily*
- ▶ Oxybutynin 5 mg *twice daily since 2 weeks (for incontinence during hospital stay)*

# Question 1

POLL 1

- What should we do to help Marcel (and the nurse, and the other residents) ?
  - ▶ Start an antipsychotic ?
    - Yes
    - No



# Question 1 : answer



- What should we do to help Marcel (and the nurse, and the other residents) ?

- ▶ Start an antipsychotic ?

- Yes

- No**

What then as first step?

# Question 1 : answer



- What should we do to help Marcel (and the nurse, and the other residents) ?

- ▶ Start an antipsychotic ?

- Yes

- No**

What then as first step?

**Look for the source of the problem**

(and the first step is to stop oxybutine)

# How to avoid prescribing? Step-by-step plan

- **Define and analyse the situation**

- ▶ What is happening ?
- ▶ How is it a problem ?
- ▶ For whom ?

# How to avoid prescribing? Step-by-step plan

- **Define and analyse the situation**

- ▶ What is happening ?
- ▶ How is it a problem ?
- ▶ For whom ?

## **Définissez et analysez les troubles du comportement**

Quel est le comportement ? Est-ce un problème, et pour qui ?

Quand cela se produit-il ?

Qu'est-ce que cela pourrait signifier ?

Tenez compte de l'avis d'un **psychologue**.

# How to avoid prescribing? Step-by-step plan

- Identify and address the possible cause (at least try)

Besoins  
fondamentaux

0

Problèmes  
physiques

1

Besoins  
psychosociaux

2

## 0. Besoins fondamentaux

Faim, soif, besoin d'aller aux toilettes, déficience auditive, mauvaise vue ?

## 1. Problèmes physiques

Le patient **souffre-t-il** ? Pensez à la douleur locomotrice, aux douleurs dentaires et à la douleur causée par la rétention urinaire.

Y a-t-il une **affection physique** : infection, constipation, rétention urinaire, dérèglement de la glycémie ?

Les **médicaments** peuvent aussi causer des troubles du comportement. Pensez surtout aux anticholinergiques, aux antiparkinsoniens, aux benzodiazépines, aux corticoïdes et aux opioïdes.

## 2. Besoins psychosociaux

Comment se déroulent les journées de la personne atteinte de démence ? Son programme est-il **adapté** à ses souhaits, à sa personnalité et à ses possibilités ? Les **contacts sociaux** sont-ils suffisants ?

Y a-t-il des **conflits** ?

# How to avoid prescribing? Step-by-step plan

- **Non-drug measures**

- ▶ Patient and/or caregiver centered
- ▶ Proven effectiveness for some of them

Interventions  
non  
médicamenteuses

3

### 3. Intervention non médicamenteuse

Essayez une intervention non médicamenteuse **adaptée à la personnalité, aux centres d'intérêt et au parcours du vie du patient**. Choisissez parmi des interventions telles que :

- Mouvement (promenade, jardinage, ...)
- Activation sensorielle (musique, massage, stimulations sensori-motrices, ...)
- Interactions sociales (visites, animaux de compagnie, utilisation de messages vidéo, ...)
- Formation du personnel soignant en soins axés sur l'individu.

# How to avoid prescribing? Step-by-step plan

- **Non-drug measures**

- ▶ Patient and/or caregiver centered
- ▶ Proven effectiveness for some of them

Interventions  
non  
médicamenteuses

3

### 3. Intervention non médicamenteuse

Essayez une intervention non médicamenteuse **adaptée à la personnalité, aux centres d'intérêt et au parcours du vie du patient**. Choisissez parmi des interventions telles que :

- Mouvement (promenade, jardinage, ...)
- Activation sensorielle (musique, massage, stimulations sensori-motrices, ...)
- Interactions sociales (visites, animaux de compagnie, utilisation de messages vidéo, ...)
- Formation du personnel soignant en soins axés sur l'individu.

To be  
preferred

# How to avoid prescribing? Step-by-step plan

- If known/suspected pain problem
  - ▶ Trial treatment with analgesic

Analgésiques

4

#### 4. Analgésiques

Un traitement d'essai par analgésiques peut diminuer les troubles du comportement chez certains patients. Souvent, le paracétamol est suffisant. Évaluez l'effet après 2 semaines. Si cela n'aide pas, il est préférable d'arrêter les analgésiques.

# Clinical case 2



- **Marie, 81, lives in a nursing home**
  - ▶ Progressive BPSD over months in early dementia
  - ▶ Behaviour increasingly disturbing for other residents despite non-drug interventions
  - ▶ Aggressive toward caregivers during washing
  - ▶ Medical history: hypertension, atrial fibrillation, mechanical heart valve

# Clinical case 2



- **Medication**

- ▶ Amlodipine 5 mg *once daily*
- ▶ Levothyroxine 75 µg *once daily*
- ▶ Sotalol 80 mg *twice daily*
- ▶ Warfarin per INR *once daily (except Mon/Thu 1.5× dose)*

# Question 2

POLL 2



- **What should we do ?**
  - ▶ Start an antipsychotic ?
    - Yes
    - No



# Question 2 : answer



- **What should we do ?**

- ▶ Start an antipsychotic ?

- Yes** : here, temporary antipsychotic use may be justified

- No

Why ?

# Question 2 : answer



- **What should we do ?**

- ▶ Start an antipsychotic ?

- Yes** : here, temporary antipsychotic use may be justified

- No

Why ?

Because of the potential danger for the patient on anticoagulants

# Antipsychotics : when to prescribe?

- **Last resort and/or dangerous situations**
- **Risperidon and haloperidol** are **80+** selections for BPSD (short term and under condition)
  - ▶ Most data and/or experience, official indication
  - ▶ Evidence available : No clear differences
- **Start low go slow**
- **Plan for discontinuation right now (no chronic use)**

Psychotropes

5

# Other drugs (efficacy on BPSD) ?

- **Antidepressants**

- ▶ some small studies, modest or no effect versus placebo

- **Cholinesterase inhibitors**

- ▶ few data - conflicting results, unclear clinical relevance when positive

- **Memantine**

- ▶ few data – no effect

- **Benzodiazepines, anti-epileptics, melatonin**

- ▶ insufficient data

# Other drugs (efficacy on BPSD) ?

- **Antidepressants**

- ▶ some small studies, modest or no effect versus placebo

- **Cholinesterase inhibitors**

- ▶ few data - conflicting results, unclear clinical relevance when positive

- **Memantine**

- ▶ few data – no effect

- **Benzodiazepines, anti-epileptics, melatonin**

- ▶ insufficient data

Direct  
comparisons ?  
Not enough  
data

# Evidence vs practice

- **Taking the context into account ...**
  - ▶ Healthcare system limitations
  - ▶ Solutions ?
    - (at least) it's a « **shared decision making** »  
with the care givers and family

# Antipsychotics : is it possible to stop them?

- **Data from 2018 Cochrane Review** (N=10; n=632)
- **Yes, generally**
  - ▶ Even after >3 months
  - ▶ With no major symptom worsening
  - ▶ Especially if patient is stable
- **Possible exception: patients with severe initial symptoms**
  - ▶ risk of recurrence after stopping? (to be confirmed)

# Clinical case 3



- **Madeleine, 85, lives in a nursing home since 2 years**
  - ▶ Alzheimer's dementia, hypertension
  - ▶ Over the past year, she has slowed down, lost some weight and had a couple of falls, suggesting increasing frailty
  - ▶ **Medication**
    - Co-bisoprolol 2.5 mg *twice daily*
    - Calcium/vitamin D 1 g/800 IU *once daily*
    - Lorazepam 1 mg *at night >20 years*
    - Risperidone 1 mg *twice daily, started at admission to nursing home (because of BPSD)*

# Question 3

POLL 3



• **Should we stop medication(s) ?**

yes

no



# Question 3 : answer



• Should we stop medication(s) ?

**yes**

no

# Question 4

POLL 4



- Should we stop medication(s) ?
- Which one should we stop first ?
  - risperidone
  - lorazepam



# Question 4 : answer



- Should we stop medication(s) ?
- Which one should we stop first ?
  - Risperidone**
  - Lorazepam

# How?



- Should we stop medication(s) ?
- Which one should we stop first ?

## ▶ How ?

Gradually in few steps or immediately ?

# Antipsychotics : when and how to stop?

- **When ?**

- ▶ If no improvement over 4 weeks
- ▶ After 3 month of treatment

- **How ?**

- ▶ Agreements with nursing home (+ with family ?): activate patient, encourage mobility
- ▶ Depending on the dosis and the situation (for example, Madeleine)

# Antipsychotics : when and how to stop?

- **Follow up**

- ▶ With the **help of the other caregivers** involved
- ▶ **Initially weekly** and then at least **monthly**
- ▶ Pay attention to
  - The reappearance of behavioral problems
  - Withdrawal symptoms (such as psychosis, aggression, agitation, delusions, hallucinations)
  - And the positive consequences of quitting

# Conclusions

- ▶ Always look for **possible causes** (stepwise problem analysis)
- ▶ Prioritise **non-drug approaches**
- ▶ Antipsychotics may be unavoidable acutely
- ▶ Discuss **stop date** from the outset
- ▶ **Stopping chronic use** of antipsychotics is often possible and desirable
- ▶ **Safe deprescribing** :  
importance to discuss with (and to involve) caregivers and family



# Match ou mismatch?

## Le quiz antibiotiques

Laëtitia Cuitte MPharmSc

# Sommaire

- **Quiz basé sur le guide BAPCOC (mis à jour en 2024)**
  - Cas proposés parfois d'un point de vue du pharmacien, parfois d'un point de vue du médecin
  - 1 seule bonne réponse par question

# Cas 1: Morsure chez un adulte

**Sarah, 28 ans, a été mordue à la main il y a 3 jours par un chien.**

- ▶ sa main est douloureuse et gonflée
- ▶ la paume de sa main présente 4 morsures profondes avec du pus
- ▶ elle est en ordre pour son vaccin contre le tétanos
- ▶ elle ne présente pas d'allergies

# Cas 1: Morsure chez un adulte

POLL 5

Quel traitement envisager pour soulager Sarah?

- A. Rien, Sarah doit **désinfecter la plaie** et surveiller l'apparition de **fièvre**.
- B. **L'amoxicilline** à raison de 1500 mg/jour en 3 prises pendant 5 jours.
- C. **L'amoxicilline + acide clavulanique** à raison de 1500 mg/jour en 3 prises pendant **5 jours**.
- D. **L'amoxicilline + acide clavulanique** à raison de 1500 mg/jour en 3 prises pendant **7 jours**.



# Cas 1: Morsure chez un adulte

## Quel traitement envisager pour soulager Sarah?

- A. Rien, Sarah doit désinfecter la plaie et surveiller l'apparition de fièvre.
- B. L'amoxicilline à raison de 1500 mg/jour en 3 prises pendant 5 jours.
- C. L'amoxicilline + acide clavulanique à raison de 1500 mg/jour en 3 prises pendant 5 jours.
- D. L'amoxicilline + acide clavulanique à raison de 1500 mg/jour en 3 prises pendant 7 jours.**

# Cas 2 : Cystite chez une femme enceinte

**Caroline, 30 ans, se présente à la pharmacie**

- ▶ elle a une cystite
- ▶ est enceinte de 12 semaines



Elle vous demande une avance pour de la **fosfomycine**, un antibiotique que sa maman a déjà pris pour une cystite.

# Cas 2 : Cystite chez une femme enceinte

POLL 6

## Comment réagissez-vous?

- A. Vous la **référez chez le médecin** pour qu'il lui prescrive de la **fosfomycine**.
- B. Vous la **référez chez le médecin** pour qu'il lui prescrive de la **nitrofurantoïne**.
- C. Vous lui conseillez de prendre des **préparations à base de cranberry**.
- D. Des **conseils hygiéno-diététiques** sont suffisants ici.



# Cas 2 : Cystite chez une femme enceinte

## Comment réagissez-vous?

- A. Vous la référez chez le médecin pour qu'il lui prescrive de la fosfomycine.
- B. Vous la référez chez le médecin pour qu'il lui prescrive de la nitrofurantoïne.**
- C. Vous lui conseillez de prendre des préparations à base de cranberry.
- D. Des conseils hygiéno-diététiques sont suffisants ici.

# Cas 3: impétigo chez l'enfant

**La maman de Sam vient vous demander conseil à la pharmacie :**

- ▶ Sam a 8 ans
- ▶ présente depuis hier matin des lésions au niveau de la bouche
- ▶ se porte bien
- ▶ les lésions vous font penser à un impétigo



# Cas 3: impétigo chez l'enfant

POLL 7

## Quel conseil donnez-vous à la maman de Sam?

- A. Vous lui conseillez des **mesures d'hygiène** ainsi que la désinfection des plaies à la **povidone iodée**.
- B. Vous lui conseillez des **mesures d'hygiène** ainsi que de prendre rendez-vous chez le **médecin**, un **antibiotique local** sera nécessaire.
- C. Vous lui conseillez de prendre rendez-vous chez **le médecin**. En cas d'impétigo, un traitement **antibiotique oral** sera recommandé.



# Cas 3: impétigo chez l'enfant

## Quel conseil donnez-vous à la maman de Sam?

- A. Vous lui conseillez des mesures d'hygiène ainsi que la désinfection des plaies à la povidone iodée.
- B. Vous lui conseillez des mesures d'hygiène ainsi que de prendre rendez-vous chez le médecin, un antibiotique local sera nécessaire.**
- C. Vous lui conseillez de prendre rendez-vous chez le médecin. En cas d'impétigo, un traitement antibiotique oral sera recommandé.

# Cas 4: Angine chez un enfant

**Emma, 5 ans, vient rendre visite avec ses parents :**

- ▶ a des maux de gorge et de la fièvre depuis 1 semaine
- ▶ a déjà reçu du sirop de paracétamol pour la douleur
- ▶ son état ne s'améliore pas
- ▶ elle boit beaucoup moins

**→ Vous lui diagnostiquez une angine**

# Cas 4: Angine chez un enfant

POLL 8

## Quel traitement allez-vous mettre en place?

- A. Vous conseillez aux parents de continuer à donner du **paracétamol** à Emma.
- B. **Amoxicilline sirop 75-100 mg/kg** par jour en 3 prises pendant 5 jours.
- C. **Cefadroxil sirop 30 mg/kg/jour** en 2 prises pendant 7 jours.
- D. **Phénéticilline sirop 750 mg/jour** en 3 prises pendant 7 jours.



# Cas 4: Angine chez un enfant

## Quel traitement allez-vous mettre en place?

- A. Vous conseillez aux parents de continuer à donner du paracétamol à Emma.
- B. Amoxicilline sirop 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 jours.
- C. Cefadroxil sirop 30 mg/kg/jour en 2 prises pendant 7 jours.
- D. Phénéticilline sirop 750 mg/jour en 3 prises pendant 7 jours.**

# Cas 5: Abscès chez l'adulte

**Luc, 55 ans, a été chez son dentiste suite à un abcès :**

- ▶ le dentiste lui a prescrit un bain de bouche et de l'amoxicilline
- ▶ la dernière fois qu'il a pris de la pénicilline, il a eu de la diarrhée



Il vient à la pharmacie récupérer ses médicaments et vous demande si c'est de la pénicilline.

# Cas 5: Abscès chez l'adulte

POLL 9

Que répondez-vous? « Il s'agit bien d'une pénicilline... »

- A. ... et **il peut prendre** de l'amoxicilline 1g.
- B. ... et comme il est **allergique** à la pénicilline, **l'azithromycine** est une alternative en cas d'abcès.
- C. ... et comme il est **allergique** à la pénicilline, **la clindamycine** est une alternative en cas d'abcès.



# Cas 5: Abscès chez l'adulte

Que répondez-vous? « Il s'agit bien d'une pénicilline... »

- A. ... et il peut prendre de l'amoxicilline 1g.
- B. ... et comme il est allergique à la pénicilline, l'azithromycine est une alternative en cas d'abcès.
- C. ... et comme il est allergique à la pénicilline, la clindamycine est une alternative en cas d'abcès.

# Cas 6: Bronchite chez un adulte



## Marc, 52 ans, se présente à la pharmacie :

- ▶ il tousse fortement depuis environ 10 jours
- ▶ le médecin lui a diagnostiqué une bronchite
- ▶ vous consultez son dossier et y trouvez une ordonnance pour un mucolytique

Marc s'étonne et vous demande s'il ne devrait pas plutôt prendre un antibiotique?

# Cas 6: Bronchite chez l'adulte

POLL 10

## Quel antibiotique doit prendre Marc?

- A. L'antibiotique recommandé par la BAPCOC est **l'amoxicilline 1 g 3x/jour** pendant 7 jours.
- B. L'antibiotique recommandé par la BAPCOC est **l'azithromycine 500 mg/jour** pendant 3 jours.
- C. En cas de bronchite, un antibiotique **n'est pas systématiquement recommandé.**



# Cas 6: Bronchite chez l'adulte

## Quel antibiotique doit prendre Marc?

- A. L'antibiotique recommandé par la BAPCOC est l'amoxicilline 1 g 3x/jour pendant 7 jours.
- B. L'antibiotique recommandé par la BAPCOC est l'azithromycine 500 mg/jour pendant 3 jours.
- C. En cas de bronchite, un antibiotique n'est pas systématiquement recommandé.**

# Cas 7: Otite chez l'enfant



## Charlotte et son papa viennent vous voir :

- ▶ Charlotte a 6 ans
- ▶ 38°C de température
- ▶ mal à l'oreille depuis hier
- ▶ son état général est bon

Son papa s'inquiète et vous demande si Charlotte ne devrait pas avoir un antibiotique.

# Cas 7: Otite chez l'enfant

POLL 11

Quelle réponse lui donnez-vous? « Dans le cas de Charlotte,

- A. le traitement recommandé est de l'**amoxicilline** 75-100 mg/jour en 3 prises pendant 5 jours.
- B. le traitement recommandé est de la **ciprofloxacine auriculaire** 3-4 gouttes, 2 à 4 x/jour.
- C. vous lui conseillez la prise de **paracétamol** pour faire diminuer la douleur. Si son état ne s'améliore pas après 72 heures, Charlotte devra consulter le **médecin**.



# Cas 7: Otite chez l'enfant

**Quelle réponse lui donnez-vous? Dans le cas de Charlotte,**

- A. le traitement recommandé est de l'amoxicilline 75-100 mg/jour en 3 prises pendant 5 jours. «
- B. le traitement recommandé est de la ciprofloxacine auriculaire 3-4 gouttes, 2 à 4 x/jour.
- C. vous lui conseillez la prise de paracétamol pour faire diminuer la douleur. Si son état ne s'améliore pas après 72 heures, Charlotte devra consulter le médecin.**

# Cas 8: Diarrhée chez l'adulte

**Pierre, 42 ans, se présente à la pharmacie :**

- ▶ il a de la diarrhée et des crampes abdominales depuis 5 jours
- ▶ il veut des médicaments pour guérir le plus rapidement possible
- ▶ il n'est pas parti en voyage récemment

# Cas 8: Diarrhée chez l'adulte

POLL 12

Pierre a probablement une gastro-entérite. **Que répondez-vous à Pierre?**

- A. Vous lui donnez des conseils pour éviter toute déshydratation mais, étant donné que ça fait 5 jours que Pierre a de la diarrhée il devrait prendre de **l'azithromycine 500 mg** 1x/jour pendant 3 jours.
- B. Vous lui donnez des conseils pour éviter toute déshydratation mais il n'a pas besoin d'antibiotique. Vous lui conseillez de surveiller son état encore pendant 5 jours.
- C. Vous lui conseillez de prendre des **probiotiques**.
- D. Vous lui conseillez de prendre du **lopéramide**.



# Cas 8: Diarrhée chez l'adulte

Pierre a probablement une gastro-entérite. **Que répondez-vous à Pierre?**

- A. Vous lui donnez des conseils pour éviter toute déshydratation mais, étant donné que ça fait 5 jours que Pierre a de la diarrhée il devrait prendre de l'azithromycine 500 mg 1x/jour pendant 3 jours.
- B. Vous lui donnez des conseils pour éviter toute déshydratation mais il n'a pas besoin d'antibiotique. Vous lui conseillez de surveiller son état encore pendant 5 jours.**
- C. Vous lui conseillez de prendre des probiotiques.
- D. Vous lui conseillez de prendre du lopéramide.

# Accès au guide BAPCOG

## 1. Via le Répertoire > Chapitre 11. Infections

The screenshot displays the CBiP website interface. At the top, the logo for CBiP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) is visible on the left, and navigation links for 'Actualités', 'Publications', 'Formations', 'Contact', 'À propos de nous', and 'NL' are on the right. A search bar is located below the navigation links. The main content area is titled '11. INFECTIONS'. Below this title, there is a paragraph of text explaining the chapter's focus on medications used in infections and providing links to related resources. A list of sub-topics is shown on the right, with '11.5. BAPCOG – Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire - 2022' highlighted with a red oval. On the left side of the page, a sidebar titled 'RÉPERTOIRE COMMENTÉ DES MÉDICAMENTS' lists various medical systems, with '11. Infections' selected. Below the sidebar, there are search options: 'recherche par principe actif' and 'recherche par Nom de spécialité'.

Actualités Publications Formations Contact À propos de nous NL

RÉPERTOIRE COMMENTÉ DES MÉDICAMENTS  
SEPTEMBRE

- Introduction
- 1. Système cardio-vasculaire
- 2. Sang et coagulation
- 3. Système gastro-intestinal
- 4. Système respiratoire
- 5. Système hormonal
- 6. Gynéco-obstétrique
- 7. Système urogénital
- 8. Douleur et fièvre
- 9. Pathologies ostéo-articulaires
- 10. Système nerveux
- 11. Infections**
  - 11.1. Antibactériens
  - 11.2. Antimycosiques
  - 11.3. Antiparasitaires
  - 11.4. Antiviraux
  - 11.5. BAPCOG – Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire - 2022

recherche par principe actif  
recherche par Nom de spécialité

### 11. INFECTIONS

Ce chapitre concerne les médicaments utilisés dans les infections. Dans les rubriques "Positionnement" sous le titre "Indications principales en pratique ambulatoire", nous renvoyons, lorsque cela est pertinent, au "Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire" (édition 2022, avec mises à jour), publié par la Commission Belge de Coordination de la Politique Antibiotique (BAPCOG). Le guide de la BAPCOG pour la pratique ambulatoire est intégralement disponible dans le Répertoire en ligne, dans le chapitre [11.5](#), ainsi qu'en format PDF: cliquez [ici](#). La BAPCOG et l'APB ont développé des fiches basées sur le guide BAPCOG édition 2022: pour la fiche "Indications", cliquez [ici](#); pour la fiche "Information de première délivrance", cliquez [ici](#).

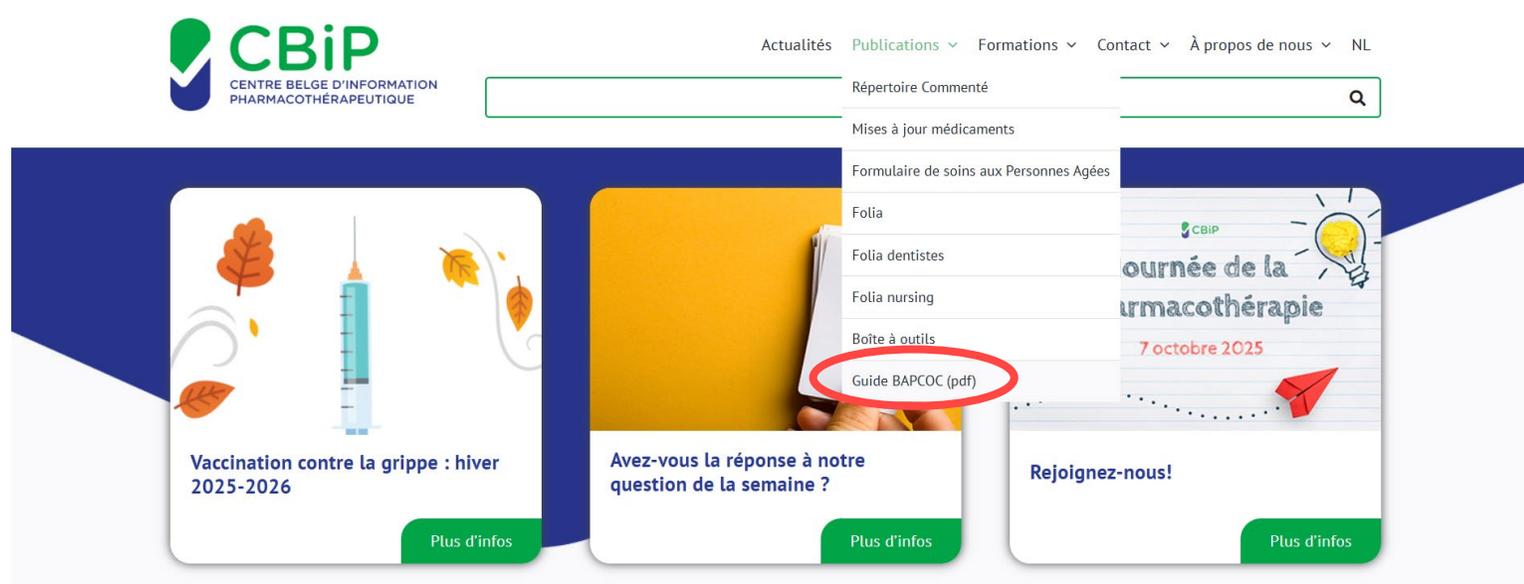
Les directives de la BAPCOG pour le traitement anti-infectieux en milieu hospitalier sont disponibles sur <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/recommandations-de-traitements-anti-infectieux-en-milieu-hospitalier-2017-integral>.

Le [Tableau 11a](#), dans [11.1](#), reprend les principaux micro-organismes pathogènes.

- 11.1. Antibactériens
- 11.2. Antimycosiques
- 11.3. Antiparasitaires
- 11.4. Antiviraux
- 11.5. BAPCOG – Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire - 2022**

# Accès au guide BAPCOC

2. Via la page d'accueil du CBIP > Publications > Guide BAPCOC (PDF)



3. Via le site: <https://www.health.belgium.be/fr>

# Pour tester vos connaissances

N'hésitez pas  
à participer à  
nos E-  
learning!



**Antibiothérapie des infections des voies respiratoires ? Le guide BAPCOC, une aide précieuse**

🕒 30'

Faut-il prescrire des antibiotiques pour une otite moyenne aiguë ? Dans quels cas oui, dans quels cas non ? Et en cas d'exacerbation de BPCO ? Lesquels prescrire ? Et pour combien de temps ? Il vous arrive parfois d'hésiter ?

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

📅 juillet 2021



**Antibiothérapie des infections cutanées et urogénitales ? Le guide BAPCOC, une aide précieuse**

🕒 XL - 1 heure

Faut-il prescrire des antibiotiques pour une cystite aiguë ? Dans quels cas oui, dans quels cas non ? Et en cas de morsure ? Lesquels prescrire ? Et pour combien de temps ? Il vous arrive d'hésiter ?

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

📅 décembre 2021



# Journée de la Pharmacothérapie

2025

**MERCI POUR VOTRE  
PARTICIPATION!**





# **Cascades médicamenteuses : les reconnaître et les prévenir**

Camille Bertrand MPharmSc



# Objectifs

- Découvrir la revue de médication
- Comprendre le concept de cascade médicamenteuse
- Reconnaître une cascade médicamenteuse
- Résoudre une cascade médicamenteuse
- Conseils pour éviter une cascade médicamenteuse
- Se familiariser avec le Formulaire 80+

# Faisons connaissance avec Jeanine

- 86 ans
- Vit à la maison
- Récemment veuve
- Ses enfants vivent loin de chez elle
- Sa voisine vient chercher ses médicaments à la pharmacie
- Son pharmacien est son pharmacien de référence



# Revue de la médication

- **Revue de la médication**
- **But** : optimiser l'usage des médicaments en :
  - Améliorant l'adhérence au traitement
  - Ajustant l'utilisation des médicaments
  - Détectant les problèmes liés aux médicaments
- **Conditions** :
  - Patient ambulatoire
  - Au moins 5 médicaments chroniques remboursés
  - Pharmacien = pharmacien de référence



À LA UNE

Médecin 🤝 pharmacien : faire équipe  
autour d'un objectif commun

# Revue de la médication : e-learning



Actualités Publication **Formations** Contact À propos de nous NL

Auditorium | e-learning

Événements

Boîte à outils

## Revue de la médication : lancez-vous !



### Détails du module

Accréditation: Médecin: 1 CP  
Pharmacien d'officine: 2 CP  
Pharmacien hospitalier: 2 CP

Êtes-vous familier avec le service de revue de médication en pharmacie ?

Cet e-learning vous propose une immersion dans ce processus **du point de vue du pharmacien**. À l'aide d'un cas pratique, nous abordons les questions suivantes :

- **Pourquoi** ? Quels sont les bénéfices potentiels pour vos patients ?
- **Comment** ? Quelles sont les différentes **étapes** de la procédure ? Quels **outils** intégrer dans votre pratique ?
- **Par qui** ? Que peut mettre en place le **pharmacien** ? Quel est le rôle du **médecin** ?

Cet e-learning met également en avant l'importance de **replacer le patient au centre de son traitement**.

**Vous êtes médecin** ? Votre rôle clé ne sera pas oublié ! Cet e-learning vous permet également de mieux comprendre le processus, et de réaliser ce que le pharmacien peut (et ne peut pas) mettre en place.

Lancez-vous ! Suivez cet e-learning, et optimisons ensemble l'usage des médicaments !



# Revue de la r



## Revue de la médication problèmes liés aux médicaments

### 1. Médication potentiellement inappropriée (quelles que soient les comorbidités)

- Présence d'**effets indésirables**.
- Prise de médicament **sans indication** (ou dont l'indication n'est pas claire).
- "**Cascade de prescription**" (prescription d'un médicament pour la prise en charge d'effet indésirable d'autre(s) médicament(s)).
- Médicament **inapproprié** (pas un premier choix, inefficace, risque d'effet indésirable).
- **Posologie** inappropriée (dose trop élevée ou trop faible, fréquence de prise trop élevée ou trop faible).



### 2. Médication potentiellement inappropriée (en fonction des comorbidités)

- **Contre-indication** liée à l'état clinique (« Drug-Disease Interaction » DDIs).
- **Posologie non adaptée** au patient (ex : en cas d'insuffisance rénale).



### 3. Interaction médicamenteuse pertinente

- **Interaction** avec d'autres médicaments (« Drug-Drug Interaction » DDI).
- Interaction avec des **aliments**.



### 4. Médication potentiellement manquante

- **Absence de traitement** pour une **indication** médicale présente.
- Absence de traitement **prophylactique**.



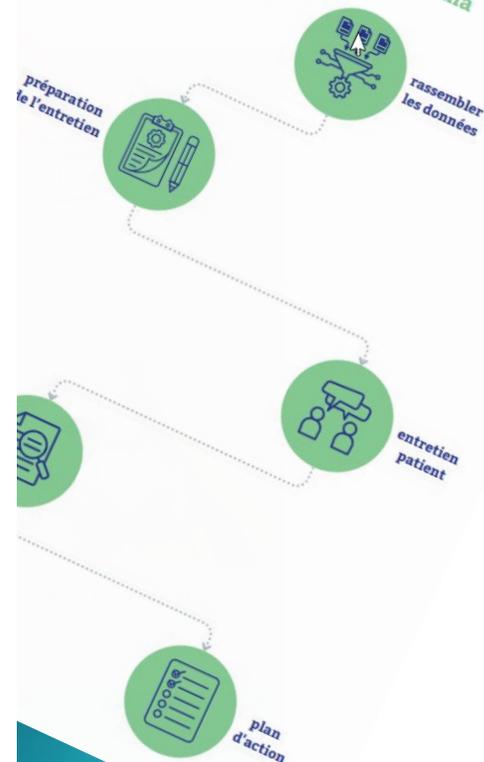
### 5. Problèmes liés à l'utilisation des médicaments

- **Observance thérapeutique** sous-optimale : surutilisation, sous-utilisation.
- **Utilisation incorrecte** ou sous-optimale d'un traitement, **problème d'administration** (forme galénique ou voie d'administration n'est pas adaptée au patient).
- Patient **insuffisamment informé** au sujet de son médicament ou son état de santé.
- **Moment de prise** inapproprié.

# à outils



## Revue de la médication étape par étape : schéma



## Revue de la médication étape par étape

### 1. Rassembler les données

- Rassembler :
- le **schéma de médication** à jour,
  - l'**historique médicamenteux** (historique de délivrance et dossier pharmaceutique, partage/DPF).

### 2. Préparation de l'entretien

- Évaluer :
- l'**observance thérapeutique** du patient (sur ou sous-utilisation),
  - les **effets indésirables** potentiels,
  - les **interactions médicamenteuses** potentiellement pertinentes.

### 3. Entretien patient

- Questionner le patient sur :
- ses **préoccupations, expériences** avec son traitement, ses **plaintes** éventuelles,
  - ses **connaissances** sur ses médicaments et leurs indications,
  - ...

### 4. Analyse pharmacothérapeutique

- Identifier les **potentiels problèmes liés aux médicaments** :
- **médication potentiellement inappropriée** (en fonction, ou non, des comorbidités),
  - **interactions médicamenteuses** pertinentes,
  - **médicaments potentiellement manquants**,
  - **problèmes liés à l'utilisation des médicaments**.

### 5. Plan d'action

- Élaborer le plan d'action :
- le **pharmacien** informe le médecin du résultat et propose des interventions adaptées,
  - le **médecin** valide ou adapte les interventions nécessaires,
  - **répartition des actions** entre médecin et pharmacien, si possible via une concertation,
  - **avec le patient**: présentation du plan d'action et discussion des interventions proposées.

### Et pour finir...

- Adapter le schéma de médication,
- Planifier un suivi,
- Envoyer le rapport et tarifier le service.



Chaque médicament au son...

avec progressif des

avec progressif des n

© CBiP 2025

avec progressif des opioïdes

# Revue de la médication : Folia

[Actualités](#)[Publications](#)[Formations](#)

 2025 2024 **2023** 2022 2021 2020 2019 2018 2017 2016 2015  
2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 2004  
2003 2002 2001 2000 1999

janvier février mars  
septembre

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA AVRIL 2023

 [VERSION PDF \(VERSION COMPLÈTE\)](#)

 [VERSION PDF \(VERSION COURTE\)](#)

## Revue de médication par le pharmacien de référence : nouvelle initiative

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2023, les patients prenant au moins 5 médicaments chroniques remboursés ont la possibilité de bénéficier d'une revue de médication réalisée par le pharmacien d'officine. Cette revue de médication est prise en charge par l'INAMI et prend la forme d'un **BUM Revue de médication**.

La **collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens** est essentielle pour assurer la réussite de ce projet et optimiser l'utilisation des médicaments par les patients.

### La revue de médication

#### Objectif

Ce service de revue de médication a été mis en place dans le but de répondre aux besoins de santé publique : augmenter la littératie (*connaissance en matière de santé*) des patients et adapter les traitements à l'état physiologique du patient. L'objectif de la revue de médication est **d'optimiser l'usage des médicaments**. Cet objectif peut être atteint en optimisant les médicaments pris par les patients, par exemple en améliorant l'observance thérapeutique, en corrigeant l'utilisation des médicaments et en identifiant les *problèmes liés aux médicaments* (p. ex. effets indésirables, problèmes liés aux interactions médicamenteuses...).

Au même titre que les autres entretiens d'accompagnement de Bon Usage des Médicaments (BUM) qui existent déjà, ce service s'inscrit dans le cadre de la **collaboration médico-pharmaceutique** au profit de l'observance des traitements médicamenteux.

#### Public cible et conditions

La revue de médication peut être initiée soit par le pharmacien de référence, soit à la demande du patient, soit lors d'une **concertation médico-pharmaceutique** (CMP), soit à la demande d'une infirmière ou d'un aidant proche ou à la demande du médecin généraliste (sur base d'un contact téléphonique ou autre entre le médecin et le pharmacien).

Les critères d'éligibilité pour fournir ce nouveau service sont :

- Patient **ambulatoire** prenant **5 médicaments chroniques remboursés ou plus** ;
- Le pharmacien est le « **pharmacien de référence** » (*le pharmacien de référence est le pharmacien d'officine librement choisi par les patients chroniques pour l'accompagnement et le suivi de leur usage des médicaments*) du patient ;
- Le pharmacien possède un espace de confidentialité dans l'officine ;



## Liste des médicaments :

- Pantoprazole 40 mg, 1x/jour
- Acide acétylsalicylique 80 mg, 1x/jour
- Simvastatine 40 mg, 1x/jour
- Paracétamol 1000 mg, 3x/jour
- Amlodipine 5 mg, 1x/jour
- Furosémide 40 mg, 1x/jour
- Oxybutynine 5 mg, 2x/jour
- Lormétazépan 2 mg, 1x/jour

## Problèmes actifs :

- Hypercholestérolémie
- Arthrose
- Fonction rénale 42ml/min
- Hypertension



**Jeanine répond-elle aux critères pour une revue de la médication?**

- A. Oui
- B. Non



# Revue de la médication

- **Indications :**

- **Amlodipine** pour l'hypertension
- **Furosémide** pour l'œdème périphérique



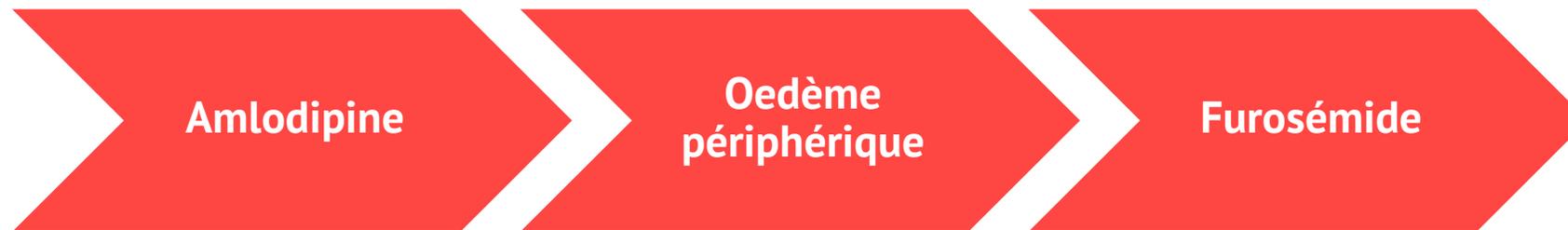
- **Effets indésirables de l'amlodipine :**

## Effets indésirables ⓘ

- Hypotension.
- Dermatite, éruption cutanée. 📄
- Hyperplasie gingivale.
- Dihydropyridines: aussi vasodilatation périphérique avec céphalées, œdème malléolaire, bouffées de chaleur, hypotension et tachycardie réflexe.
- Diltiazem et surtout vérapamil: aussi diminution de la contractilité cardiaque et baisse excessive de la fréquence cardiaque.
- Diltiazem et vérapamil: aussi constipation.

# Définition : cascade médicamenteuse

Une **cascade médicamenteuse** se produit lorsqu'un médicament (**médicament index**) provoque un effet indésirable qui est ensuite traité par un nouveau médicament (**médicament marqueur**). La cause est souvent une interprétation erronée de l'effet indésirable comme étant une nouvelle condition médicale.



# Amlodipine & furosemide

CLINICAL INVESTIGATION

Journal of the  
American Geriatrics Society

## Association of a calcium channel blocker and diuretic prescribing cascade with adverse events: A population-based cohort study

Paula A. Rochon MD<sup>1,2,3,4</sup>   | Peter C. Austin PhD<sup>2,4</sup> |  
Sharon-Lise Normand PhD<sup>5,6</sup> | Rachel D. Savage PhD<sup>1,2,4</sup>  |  
Stephanie H. Read PhD<sup>1</sup> | Lisa M. McCarthy PharmD<sup>1,7,8</sup>  |  
Vasily Giannakeas PhD<sup>1,2</sup> | Wei Wu MSc<sup>1</sup> | Rachel Strauss MPH<sup>2</sup> |  
Xuesong Wang MSC<sup>2</sup> | Simon Chen MPH<sup>2</sup> | Jerry H. Gurwitz MD<sup>9</sup>

# Amlodipine & furosémide



## POPULATION

Étude de cohorte canadienne basée sur la population  
≥ 66 ans  
Hypertension, pas d'insuffisance cardiaque, pas d'utilisation de diurétiques

**Initiation Ca-AG**

**39 347 patients**



## CASCADE MEDICAMENTEUSE

Diurétique < 90 jours après initiation Ca-AG

**1881 (4,8%) patients**



## RESULTAT

El grave = admission à l'hôpital <90 jours suivi

**Nombre plus élevé d'El graves vs groupe sans cascade : HR 1,21 (IC à 95% 1,02 à 1,43)**

# Amlodipine & furosémide

Prescribing cascade			Prescribing cascade analyses <sup>a</sup>	Dose-dependency analysis <sup>b</sup>	Recommendations
<i>Index medication (ATC code)</i>	<i>Adverse drug reaction (MedDRA notation)</i>	<i>Marker medication (ATC code)</i>	<i>P = PSSA</i> <i>R = Regression</i> <i>O = Other<sup>c</sup></i>	<i>P = PSSA</i> <i>R = Regression</i> <i>O = Other<sup>c</sup></i>	<i>DIS = Discontinuation</i> <i>DL = Dosage lowering</i> <i>SW = Switch (to)</i>
14. Calcium channel blocker (C08)	Oedema peripheral (10030124)	Diuretics (C03)	+R [37] +O [38]	+R [37]	DIS, DL, SW [37]

Adrien, O., Mohammad, A.K., Hugtenburg, J.G. *et al.* Prescribing Cascades with to Prevent or Reverse Them: A Systematic Review. *Drugs Aging* **40**, 1085–1100 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40266-023-Recommendations01072-y>

# Revenons-en à Jeanine

POLL 14

- Indications :
    - Amlodipine pour l'hypertension
    - Furosémide pour l'œdème périphérique
- ➔ Proposition: remplacer l'amlodipine par un diurétique thiazidique



**Quel diurétique thiazidique choisiriez-vous ?**

- A. Chlorthalidone
- B. Indapamide



# Revenons-en à Jeanine

## Chlorthalidone

### Posologie

hypertension  
12,5 à 25 mg 1x/jour  
œdème  
25 à 50 mg 1x/jour

PAR MARQUE

PAR GROUPE

Positionnement

tout afficher

Hygroton (Amdipharm)   

## Indapamide

### Posologie

hypertension  
2,5 mg 1x/jour

PAR MARQUE

PAR GROUPE

Positionnement

tout afficher

Fludex (Servier)  

Indapamide EG (EG)  

80+

# Revenons-en à Jeanine

## Chlortalidone

ATC: C03BA04

Hygroton

80+

### Sélections

#### *Système cardio-vasculaire*

- Hypertension artérielle : premier choix en l'absence de comorbidités.
- Insuffisance cardiaque : principalement comme traitement symptomatique en cas des symptômes légers de rétention hydrique chez des patients sans insuffisance rénale sévère (filtration glomérulaire > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), toujours en association avec un traitement de fond ayant un effet prouvé à long terme (IECA et/ou bêtabloquant).

### Motivation

- Hypertension artérielle : bénéfique sur des critères cliniques forts dans la littérature. Les thiazides constituent un traitement au moins aussi bon que les autres classes médicamenteuses (Folia Avril 2020).
- Insuffisance cardiaque : pas de données sur un bénéfice à long terme des diurétiques, mais un consensus existe pour leur utilisation dans le traitement symptomatique de la rétention hydrique, toujours en association avec un traitement de fond ayant prouvé une efficacité à long terme (IECA et/ou bêta-bloquant).
- Faible coût.

# Revenons-en à Jeanine

## Posologie

Prendre les comprimés le matin (de préférence pendant le petit-déjeuner) ou à midi.

### *Hypertension*

- Débuter avec 12,5 mg\* 1x/j.
- Dose d'entretien: 12,5 mg\* à 25 mg 1x/j.

### *Insuffisance cardiaque*

- Débuter avec 12,5\* mg 1x/j.
- Dose d'entretien entre 12,5 mg\* et 50 mg 1x/j.
- On peut éventuellement administrer la dose tous les deux jours.

\* Les spécialités disponibles ne peuvent être fractionnées pour obtenir des doses suffisamment basses. Il est possible de préparer des gélules de 12,5 mg au départ d'une spécialité. Le dosage de 25 mg est obtenu par un demi-comprimé, ne pas prescrire en magistrale.

# Jeanine

## Liste des médicaments :

- Pantoprazole 40 mg, 1x/jour
- Acide acétylsalicylique 80 mg, 1x/jour
- Simvastatine 40 mg, 1x/jour
- Paracétamol 1000 mg, 3x/jour

Chlorthalidone 12,5 mg, 1x/jour

- Oxybutynine 5 mg, 2x/jour
- Lormétazépam 2 mg, 1x/jour

## Antécédents:

- Hypercholestérolémie
- Arthrose
- Fonction rénale 42ml/min
- Hypertension

## Liste des médicaments :

- Pantoprazole 40 mg, 1x/jour
- Acide acétylsalicylique 80 mg, 1x/jour
- Simvastatine 40 mg, 1x/jour
- Paracétamol 1000 mg, 3x/jour
- Chlorthalidone 12,5 mg, 1x/jour
- Oxybutynine 5 mg, 2x/jour
- Lormétazépan 2 mg, 1x/jour

Quels sont les médicaments de sa liste de médicaments qui ne sont **pas sélectionnés** par le **formulaire** de soins aux personnes âgées de **plus de 80 ans**?

*(plusieurs réponses possibles)*



# Oxybutynine

- L'oxybutynine pour l'incontinence urinaire



# Oxybutynine

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

Drug A	Side effect	Drug B
<b>Cardiovascular System (n=2)</b>		
Calcium Channel Blocker →	Peripheral edema →	Diuretic
Diuretic →	Urinary incontinence →	Overactive bladder medication
<b>Central Nervous System (n=4)</b>		
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)
<b>Musculoskeletal System (n=1)</b>		
NSAID →	Hypertension →	Antihypertensive
<b>Urogenital System (n=2)</b>		
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

McCarthy LM. *et al.* ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People. *Drugs Aging* **39**, 829-840 (2022). doi: 10.1007/s40266-022-00964-9

# Oxybutynine

- L'oxybutynine pour l'incontinence urinaire



- Qu'en est-il de la chlorthalidone? Effet diurétique plus faible que le furosémide
- Nécessité de discuter de l'intérêt de l'oxybutynine avec le médecin

# Lormétazépam

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

Drug A	Side effect	Drug B
<b>Cardiovascular System (n=2)</b>		
Calcium Channel Blocker →	Peripheral edema →	Diuretic
Diuretic →	Urinary incontinence →	Overactive bladder medication
<b>Central Nervous System (n=4)</b>		
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)
<b>Musculoskeletal System (n=1)</b>		
NSAID →	Hypertension →	Antihypertensive
<b>Urogenital System (n=2)</b>		
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

McCarthy LM. *et al.* ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People. *Drugs Aging* **39**, 829-840 (2022). doi: 10.1007/s40266-022-00964-9

# Sevrage des benzodiazépines : e-learning

## Sevrage des benzodiazépines



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 ?

Vous n'êtes pas le-la seul-e. C'est un sujet qui préoccupe de nombreux médecins et pharmaciens. Comment aborder ce sujet sans entamer la confiance de votre patient ? Comment faire face aux résistances ? Et comment procéder au sevrage dans la pratique ?

Dans cette formation en ligne, nous vous mettons face à un cas pratique que vous aurez à gérer vous-même, tout en vous proposant quelques outils et conseils pour réussir le sevrage.

### Détails du module

**Accréditation:** Médecin: 1 CP  
Pharmacien d'officine: 2 CP  
Pharmacien hospitalier: 2 CP

**Public cible:** Pour les médecins  
Pour les pharmaciens  
Pour les infirmiers

[Voir la formation](#)

# Cascade médicamenteuse : étape par étape

## Principales recommandations dans la littérature pour prévenir et/ou corriger les effets indésirables et les cascades médicamenteuses:

- **Conseil principal** : à chaque nouveau symptôme, envisagez qu'il puisse s'agir d'un effet indésirable d'un médicament, en particulier après l'instauration d'un traitement, une modification de dose, une interaction possible ou une altération de l'élimination des médicaments (par ex. en cas d'insuffisance rénale).
- Réduisez le risque d'effets indésirables médicamenteux – surtout chez les personnes âgées – en débutant avec une faible dose et en l'adaptant selon le tableau clinique.
- Interrogez explicitement les patients sur la survenue d'effets indésirables après l'instauration d'un traitement.
- Informez les patients et leurs proches des effets indésirables potentiels des médicaments ainsi que des conduites à tenir en cas d'apparition (dans un langage accessible).

# Cascade médicamenteuse : étape par étape

- En cas de suspicion d'effet indésirable, envisagez une réduction de dose, l'arrêt ou le remplacement du médicament incriminé ; surveillez si les symptômes régressent et si l'état du patient s'améliore.
- En cas de suspicion de cascade médicamenteuse, interrompez le médicament prescrit pour traiter le symptôme (médicament "marqueur") et ajustez le médicament initial (médicament "index") afin de traiter la cause.
- Communiquez les raisons de la prescription et des modifications thérapeutiques au sein de la chaîne de soins et conservez-les.
- Implémentez des signaux d'alerte dans les dossiers électroniques pour identifier des associations médicamenteuses pouvant révéler des cascades médicamenteuses problématiques.
- Si les bénéfices du médicament initial l'emportent sur les risques, il peut être décidé de poursuivre volontairement à la fois le médicament "index" et le médicament "marqueur" ; documentez ce choix.

# Pour finir...

## Quelques publications intéressantes:

- Rochon PA. et al. Association of a calcium channel blocker and diuretic prescribing cascade with adverse events: A population-based cohort study. *J Am Geriatr Soc.* 72,467-478 (2024). doi: 10.1111/jgs.18683.
- Adrien, O. et al. Prescribing Cascades with to Prevent or Reverse Them: A Systematic Review. *Drugs Aging* 40, 1085–1100 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40266-023-Recommendations01072-y>
- McCarthy LM. et al. ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People. *Drugs Aging* 39, 829-840 (2022). doi: 10.1007/s40266-022-00964-9.

Formulaire 80+: <https://www.cbip.be/fr/olderadultsmeds>

E-learning revue de la médication: <https://www.cbip.be/fr/portfolio/revue-de-la-medication-lancez-vous/>

E-learning sevrage benzodiazépines: <https://www.cbip.be/fr/portfolio/sevrage-des-benzodiazepines/>



Merci pour votre attention !

Journée de la  
Pharmacothérapie

2025

