
Déprescrire: *faire plus avec moins*



Alexandre Campeau Calfat, Pharm.D., BCMTMS, Ph.D.(c)

Divulgation du présentateur

Membre du Réseau canadien sur l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD)

J'ai déjà reçu des honoraires du groupe Jean Coutu/Brunet pour des conférences.

J'ai déjà reçu des bourses de recherche de l'Université Laval et de VITAM-Centre de recherche en santé durable.

Pharmacien

- **Pharmaprix**
- **GMF de la Minganie**
- **CISSS des Laurentides**

Stagiaire doctoral au sein de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)

Diapositives réalisées avec l'aide de Camille Coutu, étudiante de 4e année au Pharm.D. et Camille Gagnon, directrice adjointe du ReCAD



Objectifs d'apprentissage

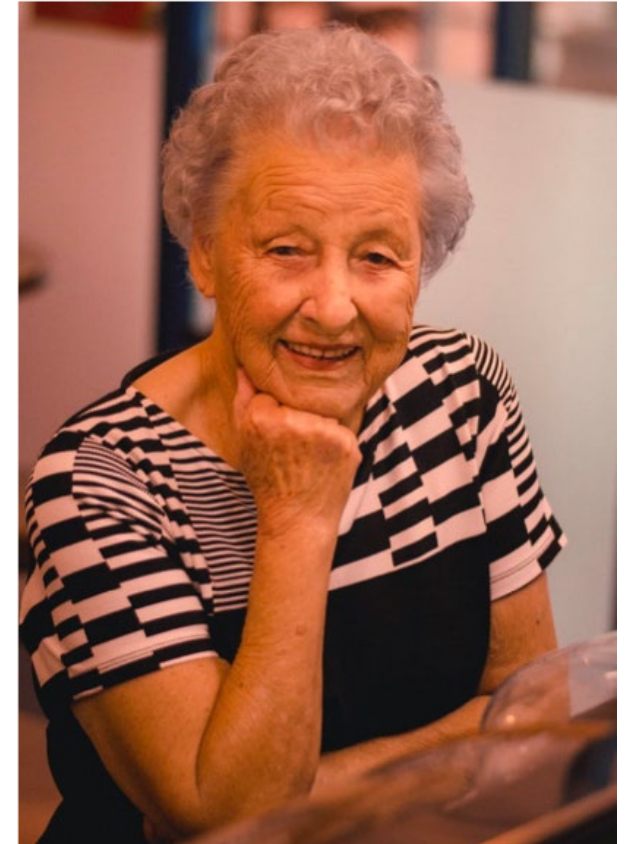
Au terme de cette présentation, le participant sera en mesure de:

1. Identifier des opportunités de déprescription dans sa pratique
2. Utiliser des outils de déprescription conçus pour le prescripteur et/ou le patient
3. Employer diverses approches de déprescription possibles en tenant compte des préférences du patient



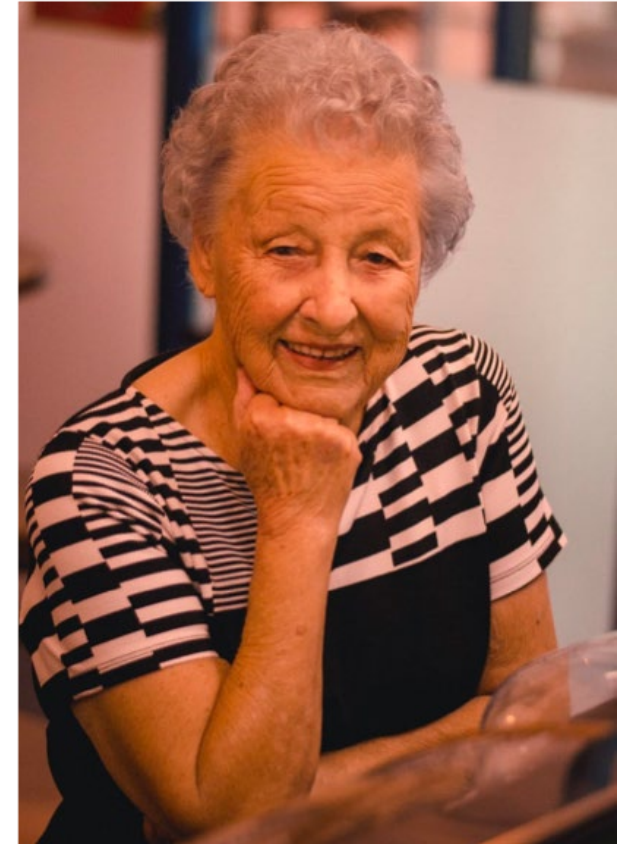
Mme CP, 91 ans

- Raison de consultation: RDV annuel, dit se sentir plus fatiguée dernièrement, mais pense que c'est normal
- Vit dans une résidence pour aînés autonomes, s'occupe elle-même de sa médication
- Assez autonome pour les AVD/AVQ, utilise une canne pour certaines activités



Mme CP, 91 ans

- Poids: 50 kg Taille: 157 cm
- Allergie: aucune
- Intolérance: metformine (diarrhées)
- HDV: Ø tabac, Ø drogue, alcool occasionnel
- Chute sans conséquence 1 fois dans la dernière année alors qu'elle se déplaçait pour aller aux toilettes la nuit, pas d'ATCD de fracture



Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

Sa liste de médicaments

- Ramipril 5 mg PO die
- Gliclazide MR 30 mg PO die
- Rosuvastatin 20 mg PO die
- Calcium (carbonate) 500 mg PO die
- Vitamine D3 10 000 unités PO 1 fois/semaine
- Oméprazole 20 mg PO die (code PP205)
- Amitriptyline 25 mg PO die HS



Résultats de laboratoire et signes vitaux

- Dernier laboratoire il y a 1 an:
 - HbA1c 6.5%
 - Glycémies à jeun: 4-5 mmol/L, glycémies post-prandiales: 7-8 mmol/L
 - Créatinine 90 $\mu\text{mol/L}$ $\rightarrow$ ClCr 28 mL/min
- TA moyenne: 131/65 mmHg



Comment faire pour optimiser
sa médication ?

Est-ce qu'un processus de
déprescription pourrait être
envisageable pour Mme CP?

Qu'est-ce que la déprescription?

La **déprescription** est le processus de cessation ou de réduction de dose d'un médicament lorsqu'il n'a plus d'effet bénéfique ou qu'il peut être nuisible, le tout sous la supervision d'un professionnel de la santé.

Le but de la déprescription est de gérer la polypharmacie pour maintenir ou améliorer la qualité de vie.



Par où commencer ?

Les étapes de la déprescription

1. Effectuer une recension et une révision des médicaments. Identifier les médicaments inutiles, nuisibles ou potentiellement inappropriés.
2. Déterminer (évaluer) s'il est possible de réduire la dose ou stopper des médicaments selon les objectifs de soins établis avec le patient et/ou ses proches.
3. Planification des différentes étapes selon les priorités identifiées.
4. Suivi du patient (symptômes de sevrage ou rebond), support et documentation des résultats.



Regrouper les médicaments par pathologie

Diabète de type 2 :

- Gliclazide MR 30 mg PO die

HTA :

- Ramipril 5 mg PO die

DLP – prévention
primaire :

- Rosuvastatin 20 mg PO die

Santé osseuse :

- Calcium (carbonate) 500 mg PO die
- Vitamine D3 10 000 unités PO 1 fois/semaine

RGO / Dyspepsie :

- Oméprazole 20 mg PO die

Neuropathie diabétique
? :

- Amitriptyline 25 mg PO die HS

Quel(s) médicament(s)
pourrait-on
déprescrire/optimiser?

Thèmes

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie (prévention primaire)
- Santé osseuse
- RGO / Dyspepsie
- Neuropathie diabétique
- Conclusion du cas de Mme. CP



Diabète de type 2

- Lignes directrices canadiennes (2018): personnaliser la cible de traitement en fonction des **comorbidités**, du risque d'**hypoglycémie**, de l'**espérance de vie**, de la présence de **troubles cognitifs** et de la **complexité** du traitement.





Diabète de type 2

- Article Médecin du Québec – Traitement antidiabétique de la personne âgée (2023)
 - Discussion sur les cibles de traitement du diabète
 - Efficacité et gestion des effets secondaires aGLP-1 et iSGLT2
 - Dosage du peptide C pour évaluer la sécrétion résiduelle d'insuline



Diabète de type 2

- Série de 5 articles Médecin du Québec sur les bonnes façons de prescrire et déprescrire (2023):
 - Communiquer au sujet des médicaments
 - Les chutes chez la personne âgée
 - Ostéoporose et fractures
 - Aider nos aînés insomniaques - sortir du piège des hypnotiques à long terme
 - Traitement antidiabétique de la personne âgée

Diabète de type 2

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
▸ Post-prandiale	5-10	< 12	< 14



Diabète de type 2 – critères de BEERS 2023

- Sulfonylurées:
 - Non recommandées chez la personne âgée en 1^{ère} ou 2^e ligne de traitement peu importe si leur formulation est courte action ou longue action

Diabète de type 2 – interventions potentielles

- Cesser gliclazide MR
- Faire contrôle HbA1c dans 3 mois

Thèmes

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie (prévention primaire)
- Santé osseuse
- RGO / Dyspepsie
- Neuropathie diabétique
- Conclusion du cas de Mme. CP



Dyslipidémie (prévention primaire)

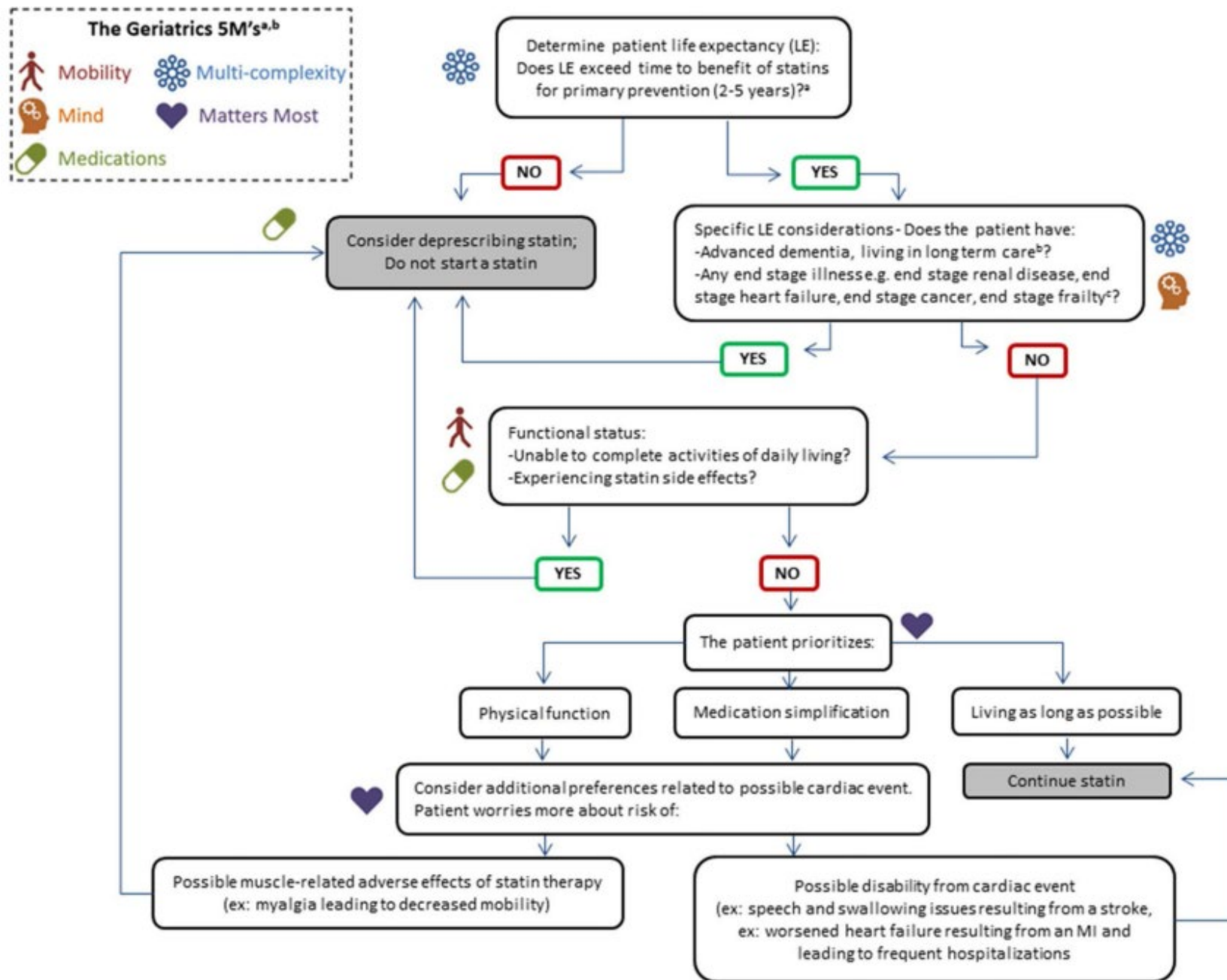
- Lignes directrices Société cardiovasculaire du Canada 2021:
 - Statine indiquée chez cette patiente vu diabète + âge ≥ 40 ans et DFG < 60 ml/min/1.73m²
- RUSHGQ 2017, INESSS 2019:
 - Préférer doses d'intensité faible à modérée en prévention primaire chez la personne âgée
- DONC:
 - Poursuivre la statine
 - Considérer diminuer à la dose à une intensité faible/modérée (ex: rosuvastatin 5-10 mg die)

Si Mme CP n'avait pas eu le diabète, est-ce que notre conduite aurait changé ?

Dyslipidémie (prévention primaire)

- Aspects à considérer:
 - Espérance de vie
 - Comorbidités
 - Statut fonctionnel / niveau de fragilité
 - Effets secondaires
 - Valeurs et préférences de la patiente (et/ou famille, proche-aidant)
- **Décision partagée !**





Thèmes

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie (prévention primaire)
- Santé osseuse
- RGO / Dyspepsie
- Neuropathie diabétique
- Conclusion du cas de Mme. CP

Santé osseuse

- Lignes directrices Ostéoporose Canada (2023):
 - Calcium: 1200 mg/jour chez les femmes > 50 ans
 - Sources alimentaires à privilégier
 - Calculateur de la consommation de calcium: <https://osteoporosecanada.ca/calculiez-votre-calcium/>
 - Vitamine D: 800 UI/jour chez les adultes > 70 ans (incluant un supplément d'au moins 400 UI)



Santé osseuse – intervention potentielle

- Cesser le supplément de calcium si consommation de source alimentaire adéquate

Thèmes

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie (prévention primaire)
- Santé osseuse
- RGO / Dyspepsie
- Neuropathie diabétique
- Conclusion du cas de Mme. CP

RGO / Dyspepsie

Mise en contexte:

- Oméprazole prescrit il y a ~ 20 ans pour RGO/dyspepsie
- Prenait de l'ibuprofène comme produit en vente libre 3-4 jours/semaine à ce moment pour des douleurs articulaires
 - Continue de l'utiliser quelques jours / mois
- IPP n'a pas été réévalué depuis plusieurs années



RGO / Dyspepsie

- Importance de questionner la prise de MVL et PSN des patients
- Potentielle cascade médicamenteuse ayant passé sous le radar

Lors de l'apparition d'un nouveau symptôme, suspectez toujours une cause médicamenteuse.



Les IPP – critères de BEERS 2023

Associés à un risque accru de:

- Infection à C.difficile
- Diminution de la densité minérale osseuse, fractures
- Déficience en vitamine B12
- Hypomagnésémie
- Pneumonie d'origine communautaire
- Problèmes rénaux (IRC, néphrite interstitielle)

Peuvent également interférer avec l'absorption de calcium

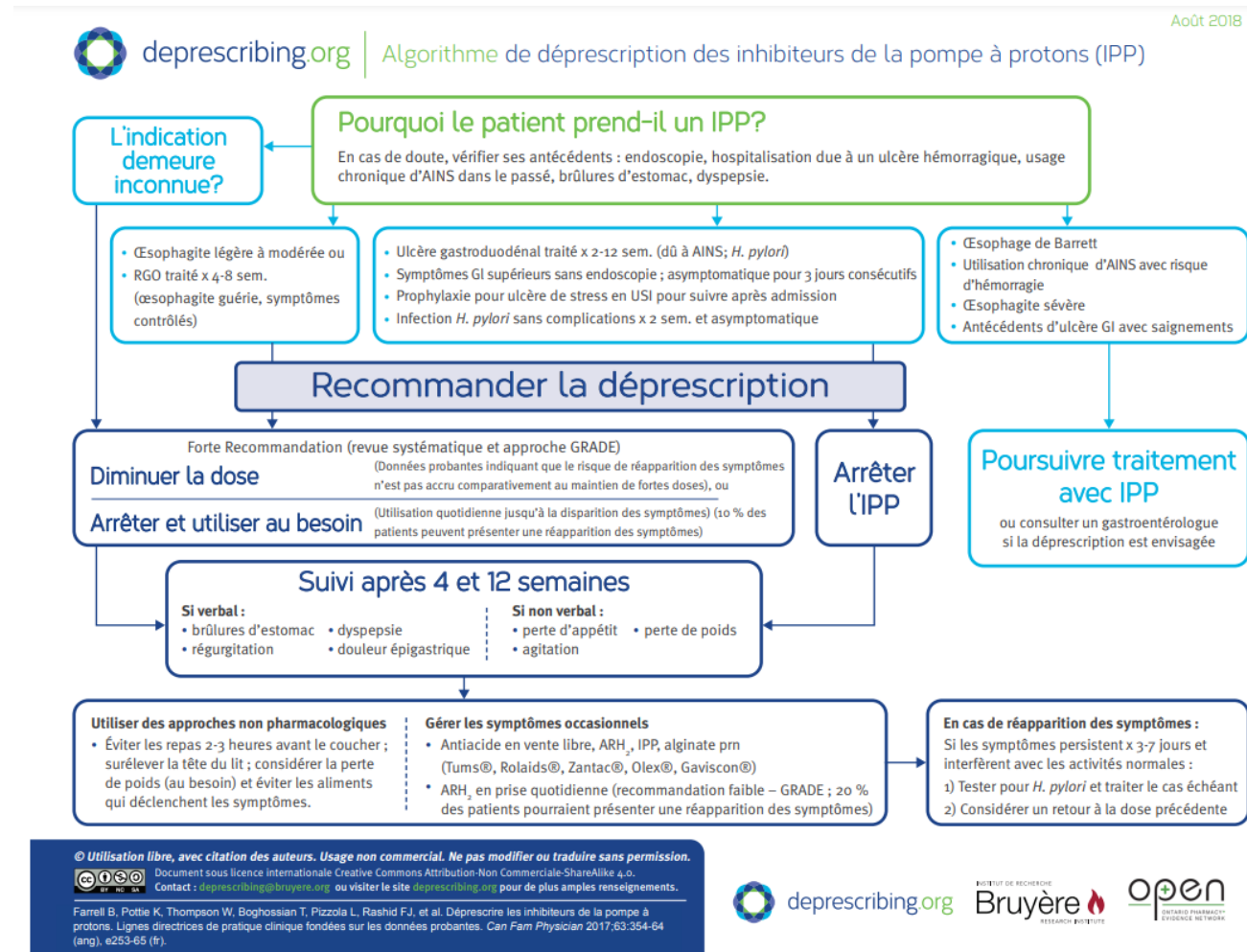


RGO / Dyspepsie – interventions potentielles

- Cesser l'ibuprofène (AINS) → favoriser acétaminophène
- Considérer le sevrage de l'oméprazole:
 - Diminuer la dose de moitié pour 4 semaines puis cesser
 - Prendre 1 jour sur 2 pour 4 semaines puis cesser
 - Remplacer par anti-H2 ou antiacides PRN
 - Favoriser usage PRN de l'IPP si impossible de cesser

Sevrage des IPP – Deprescribing.org

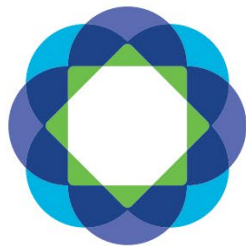
Algorithme de déprescription basé sur des données probantes :



Algorithmes de déprescription

Des algorithmes de déprescription sont également disponibles pour:

- Antihyperglycémiants
- Antipsychotiques
- Benzodiazépines
- Inhibiteurs de la cholinestérase et mémantine



deprescribing.org

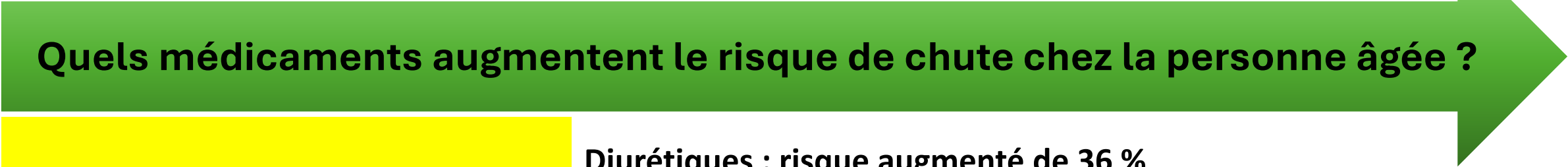
Thèmes

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie (prévention primaire)
- Santé osseuse
- RGO / Dyspepsie
- Neuropathie diabétique
- Conclusion du cas de Mme. CP

Neuropathie diabétique

Mise en contexte:

- Mme. CP prend de l'amitriptyline depuis ~15 ans pour ce qui semble être de la neuropathie diabétique
- Rapporte avoir la bouche sèche, autrement dit bonne tolérance
- Ne sait pas si a réellement eu un impact sur sa douleur depuis qu'elle le prend, douleur bien contrôlée présentement
- 1 chute sans conséquences dans la dernière année alors qu'elle allait aux toilettes la nuit



Quels médicaments augmentent le risque de chute chez la personne âgée ?

Diurétiques : risque augmenté de 36 %

Antidépresseurs tricycliques : risque augmenté de 41 %

Benzodiazépines : risque augmenté de 42 %

Antipsychotiques : risque augmenté de 54 %

Antiépileptiques : risque augmenté de 55 %

Antidépresseurs : risque augmenté de 57 %

Opioides : risque augmenté de 60 %

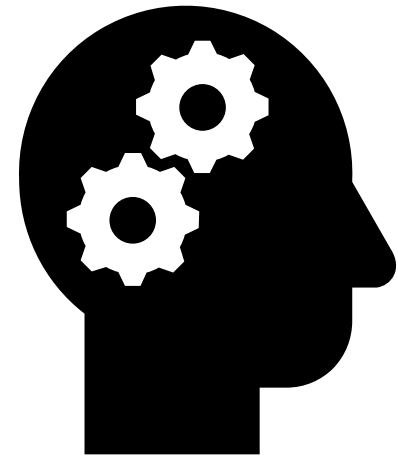
Polypharmacie* : risque augmenté de 75 %



Fardeau anticholinergique

Chez les patients de > 65 ans, les médicaments à propriétés anticholinergiques peuvent provoquer des effets indésirables:

- Confusion, troubles cognitifs
- Étourdissements
- Chutes
- Augmentation de la mortalité





Fardeau anticholinergique - calculateur

Calculateur de charge anticholinergique:

- <https://www.acbcalc.com/>
- Un score de 3 et + est associé à une augmentation des troubles cognitifs et de la mortalité

Score: **3**
Medicine: Amitriptyline
Brands: Elavil™

[+ Add new medicine](#) [Reset](#)

Total ACB Score: **3 High Risk**

Your patient has scored ≥ 3 and is therefore at a higher risk of confusion, falls and death.

Please review their medications and, if possible, discuss this with the patient and/or relatives/carers. Please consider if any of these medications could be switched to a lower-risk alternative.



Neuropathie diabétique – interventions potentielles

- Tenter le sevrage de l'amitriptyline
 - Possiblement non nécessaire, risques > bénéfices
 - Diminuer la dose de 5 mg aux 1-4 semaines puis cesser
 - Favoriser mesures non pharmacologiques

Si Mme CP prenait plutôt l'amitriptyline pour traiter l'insomnie, aurions-nous changé notre conduite ?



Substitution pour une autre molécule ?

- Quétiapine faible dose:
 - Score anticholinergique de 3
 - Risque augmenté de chutes/fractures
 - Associé à un risque accru d'événements CV majeurs et de mortalité CV vs. hypnotiques en Z, particulièrement chez les femmes et les personnes âgées > 65 ans (étude de cohorte, Hojlund et al. 2022)
- Trazodone:
 - Score anticholinergique de 1
 - Risque similaire aux antipsychotiques pour les chutes/fractures de la hanche (Watt JA et al. 2018)
 - Peu/pas d'efficacité en insomnie

Brochures EMPOWER disponibles pour différentes classes de médicaments



Comment référer votre patient pour une thérapie cognitivo-comportementale (TCCi)

- ✓ Télécharger et distribuer une brochure sur la TCCi
- ✓ Demander à votre patient de télécharger une application



Mieux-dormir.ca

Comment obtenir une bonne nuit de sommeil sans médicament



Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCCi) versus les sédatifs-hypnotiques

TCCi

- **Temps d'endormissement**
 - Post-traitement : **-23 minutes** (-37 à -10)
 - À 12 mois : -17 minutes (-30 à -4)
- **Temps total éveillé la nuit**
 - Post-traitement : **-68 minutes** (-96 à -40)
 - À 12 mois : -31 minutes (-58 à -4)

Benzos & somnifères Z

- **Temps d'endormissement**
 - **-22 minutes** (95 % IC -11 à -33 minutes) vs placebo
- **Temps total éveillé la nuit**
 - Post-traitement : **-25 minutes** (-38 à -13) vs placebo
- **Réduction du nombre de réveils**
 - **-0,63** (-0,48 à -0,77) vs placebo



Prescription non pharmacologique pour l'insomnie



Nom du patient / de la patiente : _____

Date : _____



Vos symptômes d'insomnie peuvent être améliorés sans médicaments

L'insomnie est un problème fréquent. Il est essentiel de mettre en place des stratégies sans médicaments pour régler le problème. En persistant, ces méthodes s'avèrent plus efficaces et plus sécuritaires que les médicaments pour améliorer le sommeil chez de nombreuses personnes.

- Des études ont démontré que les personnes qui prennent des somnifères ne dorment que légèrement plus et mieux que celles qui n'en prennent pas.
- Les somnifères peuvent avoir des effets secondaires importants, auxquels les personnes âgées sont particulièrement vulnérables.
- Par exemple, ils peuvent provoquer de la confusion et des problèmes de mémoire. Ils doublent le risque de chutes et de fractures de la hanche et ils accroissent également le risque d'accident de la route. Ils augmentent aussi le risque de ressentir de la fatigue durant la journée.

- ☐ Exposez-vous à la lumière du jour le matin tout en évitant les lumières vives le soir
- ☐ Faites de l'exercice durant la journée, mais évitez l'activité physique vigoureuse dans les quelques heures qui précèdent le coucher
- ☐ Attendez au moins 3 à 4 heures après votre dernier repas avant d'aller vous coucher
- ☐ Évitez la consommation d'alcool qui a un effet négatif sur le sommeil
- ☐ Évitez la consommation de boissons contenant de la caféine (ex: café, thé, boissons gazeuses, boissons énergisantes), particulièrement en après-midi

- ☐ **Si vous faites des siestes, limitez-les à une durée maximale de 20 minutes, avant 15h l'après-midi**
- ☐ Gardez la chambre à coucher sombre, froide et silencieuse
- ☐ **Réservez le lit pour le sommeil et les activités sexuelles**
- ☐ Réservez une heure pour vous détendre avant l'heure du coucher et instaurez un rituel avant d'aller au lit sans écrans (télévision, tablette, téléphone)
- ☐ Prenez une douche ou un bain tiède durant 10 minutes, 1 à 2 heures avant de vous coucher
- ☐ **Allez au lit seulement lorsque vous vous sentez en état de somnolence**
- ☐ **Si vous êtes incapable de dormir en moins de 20 minutes, sortez du lit pour faire une activité peu stimulante comme colorier, lire ou faire des mots cachés jusqu'à ce que vous sentiez à nouveau les signes d'endormissement**
- ☐ Tournez les horloges et réveille-matins dans votre chambre qui peuvent générer du stress par rapport au temps passé au lit sans dormir
- ☐ Éteignez votre téléphone, mettez-le en mode avion ou sortez-le de votre chambre pour éviter tout dérangement durant la nuit
- ☐ **Levez-vous toujours à la même heure le matin (même si vous n'avez pas bien dormi) pour favoriser l'établissement d'une routine d'endormissement**

 **Retournez chez votre médecin si :** vos symptômes ne s'améliorent pas ou s'ils s'intensifient.

Prescripteur / prescriptrice : _____

Thèmes

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie (prévention primaire)
- Santé osseuse
- RGO / Dyspepsie
- Neuropathie diabétique
- Conclusion du cas de Mme. CP

Conclusion du cas de Mme. CP



Sélectionner des interventions selon leur niveau de faisabilité et leur impact anticipé

Portée de l'impact		Plus de planification, impact grand : • Déprescription amitriptyline
	Facile à faire, bon impact : • Cesser gliclazide MR + contrôle HbA1c dans 3 mois • Cesser AINS, suggérer acétaminophène	Plus de planification, bon impact : • Sevrage oméprazole
	Facile à faire, impact faible : • Cesser calcium si apport alimentaire suffisant	
Niveau de difficulté/faisabilité		

Exemple d'ordonnance pour Mme. CP

Clinique médicale XYZ 1234 rue de l'alphabet Montréal (QC) Tél : (514) 123-1234
Nom : CP Date : 13 juin 2024 • Cesser gliclazide MR Note : désintensification tx antidiabétique, contrôle HbA1c prévu dans 3 mois • Cesser calcium Note : apport alimentaire suffisant • Oméprazole 10 mg PO die x 2 semaines puis 10 mg q2 jours x 2 semaines puis cesser Note : SVP faire suivi des sx de rebond • Sevrage décroissant amitriptyline 25 mg PO die ad cessation selon jugement du pharmacien
Dr. AB Signature :  Licence : 99463

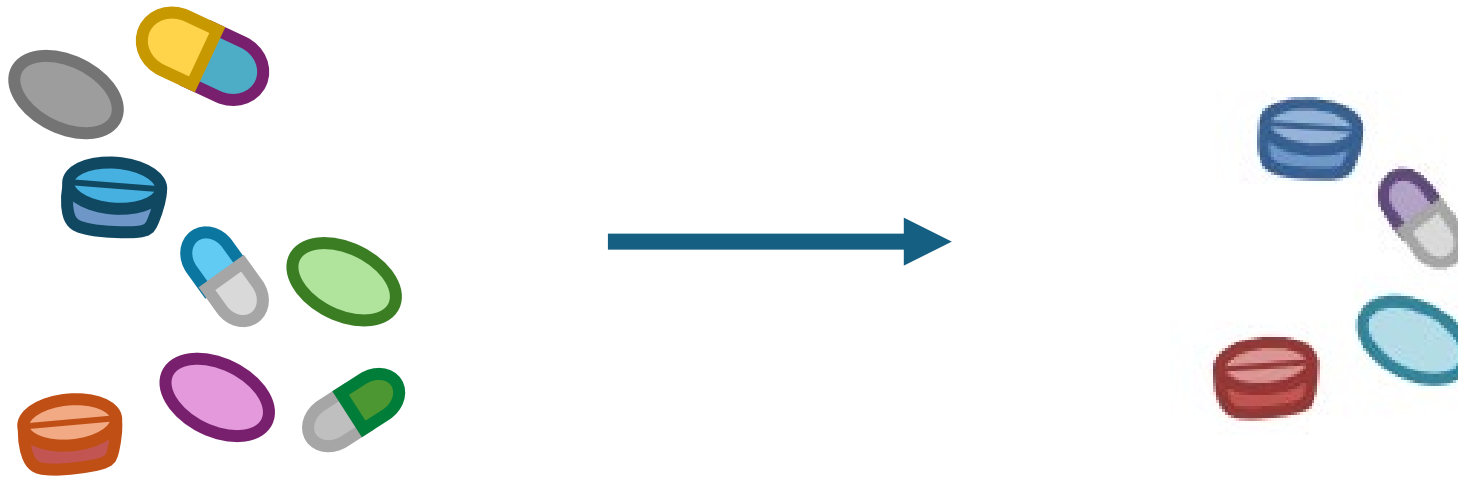
Tout le monde a un rôle à jouer !

- **Pharmacien** - aide à identifier les problèmes liés aux médicaments, élabore des plans pour les modifications à la thérapie, le sevrage, la surveillance de la glycémie
- **Infirmière** - surveille l'impact des changements à la médication, fournit de l'information sur les approches non pharmacologiques (TCC-i, gestion du RGO)
- **Physiothérapeute** –développe un programme d'exercice
- **Travailleur social** - aide avec l'anxiété, la dépression, l'isolement affectant le sommeil et l'humeur
- **Ergothérapeute** – assiste le patient pour les aides à la mobilité si nécessaire
- **Nutritionniste** - aider à utiliser des approches diététiques pour le RGO et le diabète





Impact de nos interventions



Possibilité de diminuer de 50 % le nombre de médicament de cette patiente

Comment s'y prendre pour
discuter de déprescription
avec nos patients ?



Choisir les bons mots pour parler aux patients

1. Méthode directe

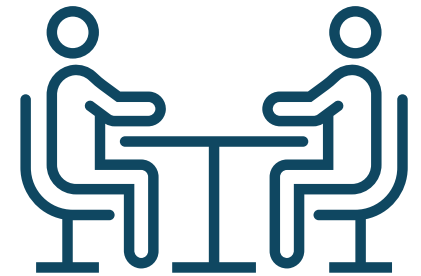
“Je vois que vous prenez beaucoup de pilules. Je veux discuter avec vous pour les réévaluer et m’assurer que chacune d’elle continue à vous aider.”

2. Méthode indirecte

“Comment est votre sommeil?... Il y a de nouvelles études sur les somnifères dont je veux discuter avec vous.”

3. Méthode émotionnelle

“Au sujet de vos problèmes de mémoire, de chutes, etc.... je suis inquiet que...”



Choisir les bons mots pour parler aux patients

4. Risques et bénéfices

« Si nous réduisons la dose ou cessons votre médicament, il est possible que vous ayez plus de difficulté à dormir pour quelques nuits, mais nous pourrions travailler là-dessus pour vous aider à dormir sans médicament. Toutefois, vous pourriez vous sentir plus éveillé le matin venu en plus d'être moins à risque de tomber. »

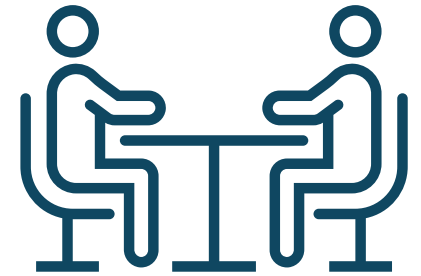
5. Exploration des options

« Qu'est-ce qui vous importe le plus ? Est-ce quelque chose que vous seriez prêt à considérer ? »

« Quels médicaments sont importants pour vous ? »

6. Utiliser la brochure EMPOWER

“Lisez ceci et on en discutera à la prochaine visite.”



Ce qui fonctionne



Approche structurée pour la révision des médicaments



Impliquer les patients et leurs proches dans le processus



Planifier la gestion des symptômes de rebond / sevrage



Communication avec les autres professionnels



Éducation : brochures EMPOWER, vidéos



En conclusion

- La déprescription : accessible et sécuritaire
- Saisir les opportunités, la discussion peut être initiée à tout moment
- Prévenir l'accumulation en:
 - Réévaluant les médicaments
 - Évitant les cascades médicamenteuses
- Il n'est pas nécessaire d'avoir un patient avec grande polypharmacie et/ou un haut niveau de fragilité pour vouloir initier la déprescription
- Outils / ressources disponibles pour vous appuyer



Suivez le ReCad



Apprenez-en davantage sur le Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription:

Site web : ReseauDeprescription.ca

Courriel : info@caden-recad.ca



Contribuez

Avez-vous un intérêt pour
l'éducation des médecins
de famille en matière de
déprescription?



NOUS RECRUTONS !

DEVENEZ MEMBRE DU COMITÉ DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
DU RÉSEAU CANADIEN POUR L'USAGE APPROPRIÉ DES
MÉDICAMENTS ET LA DÉPRESCRIPTION (RECAD)

CE COMITÉ RÉUNIT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ RECONNUS
COMME ÉTANT DES CHAMPIONS DE L'USAGE APPROPRIÉ DES
MÉDICAMENTS ET DE LA DÉPRESCRIPTION.

Opportunités

- Réseautage et collaboration avec cliniciens passionnés de partout au pays
- Équipe interprofessionnelle

Objectifs

- Sensibiliser et faire de la prescription appropriée une priorité pour les professionnels de la santé
- Renforcer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé en matière de déprescription

Profil recherché

- Implication dans l'enseignement
- Intérêt pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription pour différentes populations de patients

POUR PLUS D'INFORMATIONS
CONTACTEZ CAMILLE GAGNON, DIRECTRICE ADJOINTE DU
RECAD : CAMILLE.GAGNON@CADEN-RECAD.CA