

# Déprescription de la médication contre le diabète chez les personnes âgées fragiles

Iliana C. Lega MD MSc, Wade Thompson PharmD PhD, Lisa M. McCarthy PharmD MSc

■ *CMAJ* 2024 August 12;196:E956-7. doi : 10.1503/cmaj.231411-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 April 29;196:E562. doi : 10.1503/cmaj.231411.

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231411](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231411).

## 1 Une thérapie agressive contre le diabète de type 2 est néfaste pour les personnes âgées fragiles

Traiter les personnes atteintes par une régulation intensive de la glycémie (hémoglobine glyquée [ $A_{1c}$ ] < 7%) augmente le risque d'événements indésirables et est peu susceptible d'apporter des bienfaits en raison de l'espérance de vie diminuée de ces personnes<sup>1</sup>. Les lignes directrices recommandent des cibles glycémiques personnalisées (c.-à-d.,  $A_{1c}$  < 8,5%) chez les personnes âgées fragiles, définies par un score supérieur à 5 sur l'échelle de fragilité clinique, ou chez les personnes âgées présentant des atteintes cognitives modérées à graves<sup>2,3</sup>.

## 2 La déprescription constitue un processus de réduction de la dose ou d'arrêt de la médication planifié et supervisé

On vise une diminution du fardeau thérapeutique et de la survenue d'événements indésirables causés par le surtraitement. Il s'agit d'une collaboration entre les personnes atteintes du diabète, les personnes proches aidantes et les prestataires de soins de santé<sup>4</sup>.

## 3 On devrait réévaluer en priorité les classes de médicaments présentant le plus haut risque d'effets indésirables ou les avantages les plus minimes

L'insuline et les sulfamides hypoglycémisants (« sulfonylurées ») augmentent substantiellement le risque d'hypoglycémie. On devrait reconsidérer ces classes de médicaments en priorité, car elles sont parmi les plus susceptibles d'être associées à une hospitalisation à la suite d'une réaction médicamenteuse indésirable chez les personnes âgées<sup>5</sup>. Si ces médicaments sont incontournables, le choix d'analogues de l'insuline à action prolongée et de sulfonylurées de nouvelle génération à plus courte durée d'action est préférable. Pour les autres classes de médicaments contre le diabète, mieux vaut prioriser leur utilisation selon les avantages potentiels, l'innocuité, le coût et les préférences des malades.

## 4 On devrait soutenir la déprescription par le suivi de la glycémie capillaire

On doit surveiller la survenue de l'hypoglycémie, particulièrement en présence de symptômes (c.-à-d., une polyurie, une polydipsie, une sensation de sécheresse buccale, une vision trouble ou de la confusion). Si des mesures de la glycémie capillaire prises de façon aléatoire se révèlent systématiquement supérieures à 10 mmol/L en présence de symptômes, on pourrait envisager une reprise de la médication (ou un retour à la dose précédente). Chez les personnes âgées asymptomatiques, on peut tolérer une glycémie pouvant atteindre jusqu'à 14 mmol/L<sup>2</sup>.

## 5 On devrait établir des cibles et des soins sur une base individuelle

Les lignes directrices et les outils de déprescription peuvent servir de guide à l'individualisation des cibles glycémiques et des plans de déprescription<sup>2,4</sup>. On peut envisager une reprise de l'analyse de l'hémoglobine glyquée ( $A_{1c}$ ) 3 mois après une modification de la médication. On ne recommande pas cette analyse chez les personnes âgées fragiles en fin de vie.

## Références

1. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group; Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2545-59.
2. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.; American Diabetes Association. 13. Older adults: standards of care in diabetes — 2023. *Diabetes Care* 2023;46 (Suppl 1):S216-29.
3. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee; Meneilly GS, Knip A, Miller DB, et al. Diabetes in older people. *Can J Diabetes* 2018;42(Suppl 1):S283-95.
4. Farrell B, Black C, Thompson W, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017;63:832-43.
5. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 2011;365:2002-12.

**Intérêts concurrents :** Lisa McCarthy mentionne recevoir des subventions de l'organisme Trillium Health Partners (Partenaires de santé Trillium), du University of Toronto, de Santé Canada ainsi qu'un soutien financier additionnel des Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée de l'Ontario à l'Institut de recherche Bruyère. Elle obtient aussi un soutien financier pour ses frais de déplacement de l'Initiative consensuelle de la International Geriatric Diabetes Society Deprescribing Consensus Initiative (Société internationale du diabète chez la population gériatrique), indépendamment des travaux soumis. M<sup>me</sup> McCarthy siège au comité de direction du Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription et au comité directeur du groupe de travail pour les foyers de soins de longue durée de Choisir avec soin. En appui à l'élaboration du présent manuscrit, Iliana Lega et Lisa McCarthy mentionnent avoir reçu la subvention n° PJT 186203 des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Wade Thompson déclare recevoir des subventions de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé de la Colombie-Britannique, du National Institute on Aging (Institut national sur le vieillissement) et de Santé Canada. Il a obtenu une rémunération de la revue *Pharmacy Practice Plus* pour un article portant sur la déprescription, le tout indépendamment des travaux soumis. Iliana Lega signale avoir obtenu la subvention n° PJT 159472 des Instituts de recherche en santé du Canada, versée à l'Institut de recherche de l'Hôpital Women's College. La D<sup>re</sup> Lega a aussi obtenu un soutien financier de Diabète Canada pour ses déplacements.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Hôpital Women's College et University of Toronto (Lega, McCarthy), Toronto, Ont.; University of British Columbia (Thompson), Vancouver, C.-B.; Trillium Health Partners (McCarthy), Institute for Better Health, Toronto, Ont.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Traduction et révision :** Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

**Correspondance :** Iliana Lega, [iliana.lega@wchospital.ca](mailto:iliana.lega@wchospital.ca)

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.