

L'outil STOPP & START

Docteur Elodie Laterre
Gériatre



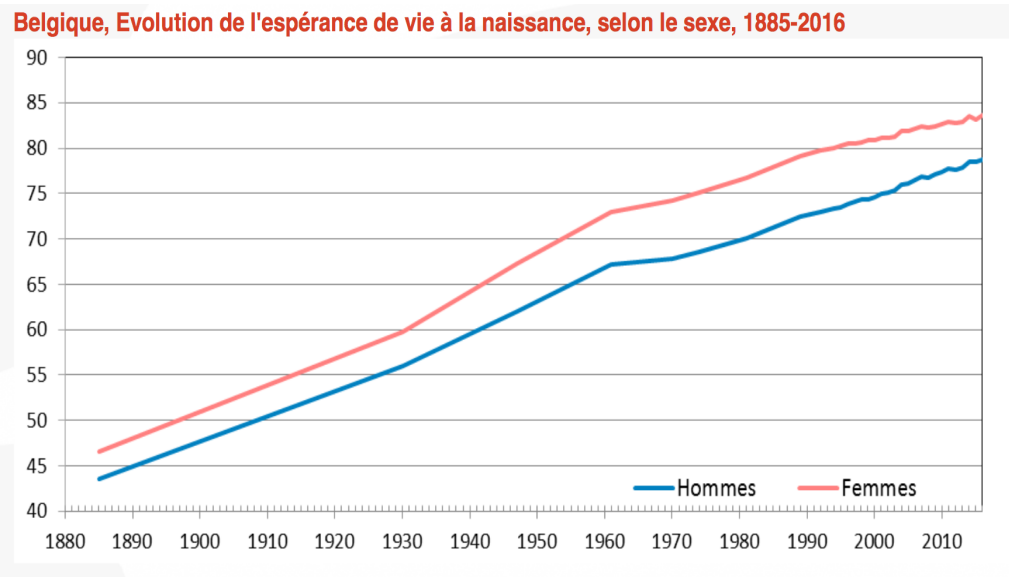
PLAN



1. Introduction
2. La prescription médicamenteuse inappropriée
3. Les outils d'aide à la prescription
4. L'outil STOPP & START
5. Conclusion

1. Introduction

- Systèmes de soins de santé et de sécurité sociale dans les pays industrialisés sont confrontés à *un vieillissement de la population*.
 - En 2050: PA $\geq$ 80 ans en Belgique = 10% de la population.
 - Prévalence des maladies et de dépendance fonctionnelle est élevée chez les PA
- *grands consommateurs de médicaments et de soins*.



La polymédication

= La prise chronique de plusieurs médicaments (≥ 5).



- Fréquente chez les PA.
- Conséquences:
 - *Coûts* pour les soins de santé.
 - *Augmente le risque d'effet indésirable* lié au médicament.
 - Probabilité d'une *interaction médicamenteuse augmente* avec le nombre de médicaments.
 - Augmente le *risque de non-observance* des médicaments.
 - *Multiples syndromes gériatriques.*

La polymédication en pratique clinique



La polymédication en pratique clinique

CHAMBRE

A. Rose 7

NOM DU MEDICAMENT

DOSAGE

8H

12H

17H

20H

17 médicaments
différents

BURINEX

1 MG

1

MOXONIDINE

0,2 MG

1

CARDIOASPIRINE

100 MG

1

OMEPRAZOLE

20 MG

1

COVERSYL Plus

10 MG / 2,5

1

CARBONATE CALCIUM

1,250 G

1

TRAZODONE

100 MG

1/2

ZOLPIDEM

10 MG

1/2

MOXONIDINE

0,4 MG

1

ZANIDIP

10 MG

1

Havac

5g/1h

COVERSYL

10 mg

1

D-CURE

AMP

X

LAXIDO

sachet

X

PARACETAMOL

1 G

Tb BrEx colline

AKOPIRINOL SANDOZ 100MG TABL 100 (°)							1		
ASAFLON 80MG COMP GASTRO RESIST BLI 168X 80MG (°)							1	co	
BISOPROLOL SANDOZ 2.5 MG COMP PELL 100 X 2.5 MG (°)			1						
BURINEX LEO COMP 30 X 1 MG (°)									sept : 19 21 27 oct : 1 3 5 7 9
schema (2 jours :)	16 médicaments différents								
jour 1 (19/09/2018)									
CLOPIDOGREL ZENTIVA 75MG COMP PELL 84 (°)				1					
CONTRAMAL RETARD 50 MG COMP 60 (°)		1						1	
CORUNO COMP RETARD 42 X 16 MG (°)				1					
EUROSEMIDE EG TABL 100 X 40 MG (°)									sept : 20 22 24 oct : 2 4 6 8 10
schema (2 jours :)									
jour 2 (20/09/2018)									
LORAZEPAM EG COMP 60X2.5MG (°)			1						1
OMEPRazole EG 40 MG GASTRO RESIST CAPS POT 56X40MG (°)		1							
PARACETAMOL EG 1000 MG COMP PELL 120 (°)			1		1			1	
RISPERIDONE EG TABL 100 X 1 MG (°)								1/2	
Fin	06:00	08:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	Remarque
Divers									*chaque m 2x/mois (je
D CURE AMP PER OS 12									
chaque mois le 16		1							
Fin	06:00	08:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	Remarque
Gouttes pour les yeux									
ARTEOPTIC LA 2% COLLYRE FL 30XML 20 MG/ML			1						
MONOPROST 0.005% COLLYRE 90 X 0.2 ML								1 gl	
SIMBRINZA 10MG/ML + 2 MG/ML COLLYRE		1					1		

Effets indésirables médicamenteux

= tout effet nocif et involontaire d'un médicament.

- *Présentation* souvent *atypique* compliquant ainsi leur reconnaissance.

- *Conséquences:*

- Causes d'*hospitalisation*
- Responsables de *morbi-mortalité*



- PA = *vulnérables aux EIM* de par leur polymédication et les changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à l'âge.
- Une des causes principales des EIM = *la prescription médicamenteuse inappropriée*
= facteur de risque potentiellement évitable dans la survenue des EIM.

2. La prescription médicamenteuse inappropriée

- Définition:
 - L'utilisation de médicaments *engendrant plus de risques que de bénéfices pour le patient*.
 - L'usage de médicaments *responsables d'interactions significatives sur le plan clinique*.
 - Et la *sous-prescription de médicaments* dont le patient pourrait tirer des bénéfices.
- Fréquence : *très répandue* chez les personnes âgées.
- Conséquences : *effets indésirables, hospitalisations, syndrome gériatrique et décès*.



Comment diminuer la PMI ?

→ *la revue médicamenteuse*

Définition : un moyen d'évaluer la pertinence des médicaments et d'améliorer la qualité de la prescription

= *un outil d'aide à la prescription.*

Importante mais consommatrice de temps.

3. Les outils d'aide à la prescription

Différent types d'outils ont été développés pour faciliter la revue médicamenteuse:

➤ *Les outils implicites*

- Basés sur le **jugement du clinicien**.
- **Avantage:** prise en compte des particularités du patient.
- **Inconvénient:** Chronophage.

MAI– Index de Médicaments Approprié

10 questions:

1. Y a-t-il une indication valable pour le médicament?
2. Le médicament est-il efficace et constitue-t-il un choix approprié?
3. La dose est-elle correcte?
4. Les modalités de traitement (mode d'administration et fréquence) sont-elles correctes?
5. Y a-t-il des interactions médicamenteuses cliniquement significatives?
6. Y a-t-il une contre-indication pour le médicament (en raison de comorbidités)?
7. Les modalités du traitement sont-elles pratiques pour le patient?
8. Y a-t-il une duplication de traitement?
9. La durée du traitement est-elle appropriée?
10. Existe-t-il des options moins coûteuses?

Ne tient pas compte:

- des effets indésirables
- de l'observance
- de la sous-prescription



➤ *Les outils explicites*

- Basés sur des **critères stricts**, validés par des experts
- **Listes de médicaments, assorties de conseils** de prescription par rapport aux pathologies
- **Avantage:** Clarté des avis
- **Inconvénients:** Peu flexibles, ne tient pas suffisamment compte du patient (caractéristiques, préférences,...)
- Exemples:
 - ❖ **Critères de Beers.**
 - ❖ **Liste STOPP/START.**

Critères de Beers

- publiés en 1991, puis revus en 1997, 2003 et 2012.
- 53 médicaments identifiés comme à risque.
 - 34 à éviter chez toute personne âgée.
 - 14 à éviter dans le cas de certaines comorbidités
 - 14 à utiliser en s'entourant de précautions.

- Ne tient pas compte de la sous-prescription
- Pas forcément en accord avec les recommandations et/ou les spécialités belges

4. L'outil STOPP & START

- Développé en 2008 et révisé en 2014.
- Evalue les traitements médicamenteux prescrits aux patients de 65 ans et plus.
- Cet outil propose une liste de **114 critères** :
 - **80 critères** de prescription potentiellement inappropriée (**versant STOPP**)
 - **34 critères** d'omission potentielle (**versant START**).

Chaque critère associe un médicament ou une classe médicamenteuse à une condition médicale dans laquelle ce médicament devrait être évité (**STOPP**) ou utilisé (**START**).

Les médicaments y sont classés selon les systèmes physiologiques.

- L'outil qui ne se substitue pas au jugement clinique.

Les médicaments épinglés par STOPP/START sont à considérer comme des **avertissements plutôt que des règles strictes**.

- Destiné à tous les milieux de soins et s'utilise en concertation avec les collègues soignants et en partenariat avec le patient.
- L'application de la liste ne prend que quelques minutes, à condition d'avoir à disposition une liste complète des antécédents, problèmes actifs et médicaments pris par le patient.
- Consacrer une consultation médicale par an à la révision des médicaments du patient âgé.

Liste des critères STOPP regroupés par médicaments

Dalleur, O., et al. STOPP/START,V2: un outis à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgées de 65ans et plus. Louvain Médical mai 2015 vol 134: 219-221.

3 critères implicites:

- Tout médicaments **prescrit sans indication clinique évidence-based.**

Ex:

- *aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire*
- *inhibiteur de la pompe à protons sans atteinte œsogastrique récente*

- Tout médicament **prescrit au delà de la durée recommandée.**

- **Duplication** de classe médicamenteuse.

—> *monothérapie à optimiser avant de considérer la duplication*

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Benzodiazépine	Dans tous les cas <i>a fortiori</i> si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire
Z-drug (somnifère)	Dans tous les cas (Zolpidem, Zopiclone)
Neuroleptique	Dans tous les cas <i>a fortiori si</i> prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) Phénothiazine (ex: Dominal) comme neuroleptique de 1ère ligne
Antidépresseur tricyclique (vu effet anticholinergique)	& dépression, en 1ère ligne & démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Antidépresseur ISRS	& hyponatrémie ($\text{Na}^+ < 130\text{mmol/l}$) concomitante ou récente
Inhibiteur acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexpliquées
L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
Opiacé fort	& douleur légère, en 1ère ligne

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodéal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2daire de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
Antiagrégant plaquettaire dont aspirine	& risque hémorragique significatif * & anticoagulant oral, si artériopathie stable Dans tous les cas, la ticlopidine
Anticoagulant oral	& risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)

**risque hémorragique significatif : récent saignement spontané important, diathèse hémorragique, HTA sévère*

Evaluation de la fonction rénale chez la personne âgée pour un bon usage des médicaments

- Plusieurs formules sont disponibles pour estimer la fonction rénale à partir de la créatinine sérique :
 - la MDRD pour le calcul du DFG en ml/min/1,73m^2
 - la CKD-EPI pour le calcul du DFG en ml/min/1,73m^2
 - **la formule de Cockcroft-Gault pour le calcul de la clairance de créatinine.**
- MDRD et CKD-EPI sont peut-être plus performantes dans la population générale, mais pas dans la population gériatrique.
- MDRD et CKD-EPI donnent un **résultat plus haut par rapport à Cockcroft.**

Exemple:

Femme, 92ans

Urée :41mg/dL

Créatinine sérique: 0,80mg/dL

Filtr. Glom selon MDRD: **70,08 ml/min/1,73m²**

[< Retour](#) DFG (Cockcroft-Gault) [i](#)

Tirez vers le bas pour charger un patient

Age	92 an
Poids	39.1 kg
Créatinine	0.8 mg/dL
Sexe	☐ Homme ☒ Femme

Clairance **28** mL/min

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Digoxine	& décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée & dose ≥ 250 µg/j si insuffisance rénale sévère (DFG < 30ml/min)
Amiodarone	& tachy-arythmie supra-ventriculaire, en 1ère ligne
β-bloquant	& asthme sous bronchodilatateur si β-bloquant non-cardiosélectif (carvedilol, sotalol) & anticalcique bradycardisant (vérapamil ou diltiazem) & bradycardie (< 50 bpm), bloc AV (2° ou 3° degré) & diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques
Diltiazem/ Vérapamil	& décompensation cardiaque de classe III ou IV
IECA ou ARA II	& antécédent d'hyperkaliémie
Antagoniste de l'aldostérone	& épargne potassique (IECA, ARA II, amiloride, triamtérène) sans suivi de la kaliémie

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Diurétique thiazidique	& trouble électrolytique ($K^+ < 3,0 \text{ mmol/l}$; $Na^+ < 130 \text{ mmol/l}$; ou $Ca^{++} \text{ corrigé} > 2,65 \text{ mmol/l}$) & arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose)
Diurétique de l'anse	& hypertension artérielle, en 1ère ligne, ou en présence d'une incontinence urinaire & OMI d'origine périphérique (pas d'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale)
Antihypertenseurs centraux	& absence d'intolérance/inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs
Sildénafil/ Tadalafil/Vardénafil	& décompensation cardiaque sévère avec hypotension ou angor traité par nitrés
Vasodilatateur	& hypotension orthostatique persistante (anti-calcique, $\alpha 1$ -bloquant, nitré)

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Metformine	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
Sulphonylurée à longue durée	Dans tous les cas de diabète type 2 (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide)
Oestrogènes (voie orale ou transdermique)	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux & utérus présent, sans traitement progestatif
Androgènes	& hypogonadisme non-confirmé

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
IPP	& dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodenal non-complicé
Fer	& dose >200mg/j de Fer élémentaire par voie orale
Métoclopramide	& syndrome parkinsonien
Médicament à effet constipant	& constipation chronique, lorsque des alternatives existent

Usage approprié

Evaluer régulièrement la persistance d'une indication validée

Indication – Usage prolongé éventuel	Durée de traitement
Œsophagite de reflux grade C-D	Probablement à vie
Prévention ulcères sous AINS ou AAS si personne à risque	Durée R/AINS ou AAS
Zollinger-Ellison	A vie

Indication – Usage à court terme	Durée de traitement
Symptômes typiques de reflux, sans preuve d'œsophagite	Si IPP : 4 sem
Œsophagite de reflux grade A-B	4-8 sem
Symptômes typiques de reflux, après guérison d'œsophagite	Courte, si plaintes
Ulcères gastroduodénaux	4-8 sem

Barrett ?	Si symptômes de reflux ou œsophagite
-----------	--------------------------------------

Dyspepsie fonctionnelle sans reflux	IPP non-enregistrés Usage non-conseillé
-------------------------------------	--

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
AINS	& insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non-contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédant d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans iPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1^{ère} ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosat)

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
biphosphonate (voie orale)	& atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
colchicine	& insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosat
corticothérapie	& douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Corticothérapie	& BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
Théophylline	& BPCO, en monothérapie
Bronchodilatateur anticholinergique	& glaucome à angle aigu & obstacle à la vidange gastrique
Antihistaminique 1^{ère} génération	Dans tous les cas
Anticholinergique (bronchodilatateur, antiH1, antispasmodique,...)	& démence, delirium, prostatisme, glaucome à angle fermé & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique ≥ 2 en même temps

Les médicaments à effets anticholinergique

- A éviter en gériatrie
- Nombreux effets secondaires:
 - *Principaux effets anticholinergiques centraux* : sédation, altération cognitive, delirium (confusion aiguë), désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité
 - *Principaux effets anticholinergiques périphériques* : trouble de l'accommodation visuelle, mydriase, sècheresse buccale, sécheresse oculaire, tachycardie, nausées, constipation, dysurie, rétention vésicale

Classe	Médicament	Activité anticholinergique
Antihistaminique 1 ^{ère} génération	Diphenhydramine (Rcalm,Diphamine)	Elevé
Antihistaminique 2 ^{ème} génération	Cetirizine, Levocetirizine Desloratadine (Aerius)...	Faible
Antiparkinsonien	Trihexyphenidyl (Artane) Amantadine, bromocriptine	Elevé Faible
Analgésiques	Opoides: codéine, hydrocodone, tramadolmorphine, oxycodone...	Faible
R/ de l'instabilité vésicale	Oxybutinine, Darifenacine,Festerodine...	Elevé
Gastro-intestinal	Domperidone, Loperamide, ranitidine...	Faible
Psychotropes	Antipsychotiques:Clozapine Haloperidol, olanzapine, Risperidone SSRI (sauf Paroxetine: élevé) Antidépresseurs tricycliques Trazodone	Elevé Faible Faible Elevé

Liste des critères START regroupés par situations médicales

Dalleur, O., et al. STOPP/START,V2: un outis à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgées de 65ans et plus. Louvain Médical mai 2015 vol 134: 219-221.

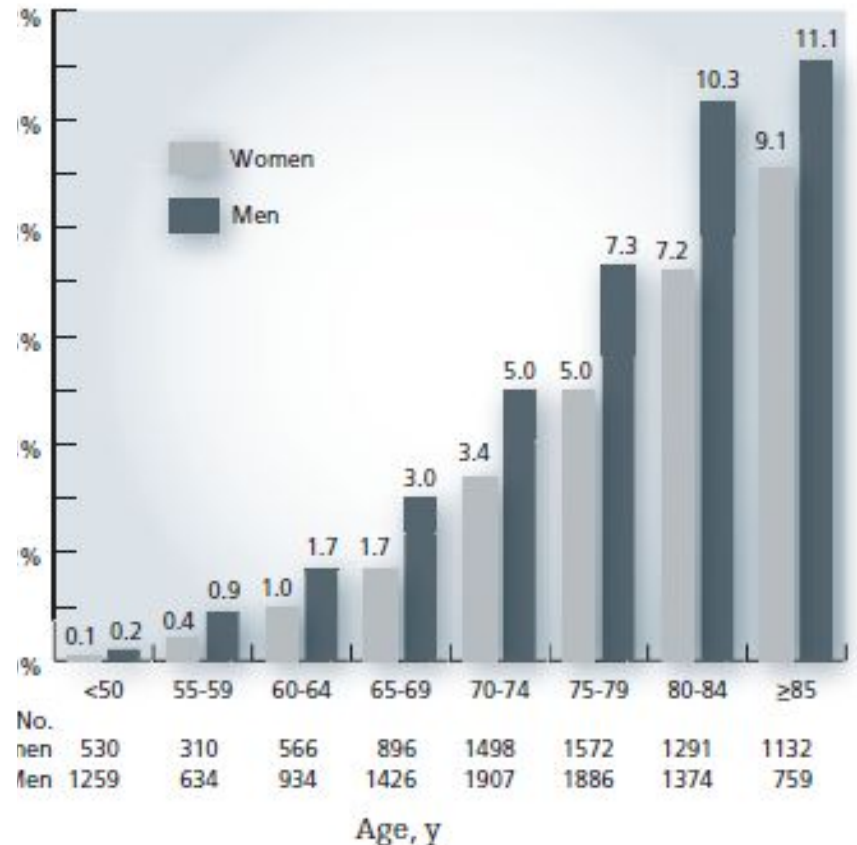
Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
Ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
Corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
Polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
Méthotrexate	→ acide folique
Goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond

Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
Fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
Athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
Cardiopathie ischémique	→ IECA + β -bloquant
Insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β -bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
Diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)

FA et personne âgée

- La prévalence de la FA augmente avec l'âge et double à chaque décennie après 50 ans.
- 66% des FA concernent les PA.
- Problème de santé publique: coût des complications (cardio-embolique et hémorragiques).
- Complications de la FA:
 - AVC
 - Démence et troubles cognitifs
 - Qualité de vie: le contrôle de la FC l'améliore.
- Qui traiter avec un anticoagulant oral?

Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation Stratified by Age and Sex



Go. et al. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults Clinical Cardiology. JAMA. 2001;285(18):2370-2375

CHADS ₂	
Congestive heart failure	1
HTA	1
Age ≥ 75	1
Diabetes	1
Stroke (AVC/AIT)	2
Score maximum	6

Chez les PA ≥ 75ans:

- Dépister et confirmer la FA
- Calculer les 2 scores
- Si (CHADS₂ +1) ≥ HEMORR²HAGES
→ proposer un AC

No AC, Stroke risk by cardio-embolism % / yr	No AC, score CHADS ₂
4,0	2
6,0	3
8,5	4
12,5	5
18,2	6

HEMORR ² HAGES	
Hepatic (cirrhosis) or renal (GFR<40)	1
Ethanol (Alcohol) Abuse	1
Malignancy (active)	1
Older age (>75years)	1
Reduced platelet count (<150000) or function (aspirin,plavix...)	1
Recent Bleeding major (<3yrs)	2
HTA uncontrolled	1
Anaemia (Hb<10)	1
Genetic factors (hemophilia)	1
Excessive risk of fall	1
Stroke	1
Score maximum	12

score HEMORR ² HAGES	with or without AC, Bleed risk : intra-cranial /fatal [total] % / year
0	0.6 [1.9]
1	0.8 [2.5]
2	1.7 [5.3]
3	2.8 [8.4]
4	3.4 [10.4]
5 à 12	4.0 [12.3]

AVK diminuent +++ le risque d'AVC

- 64 % par rapport au placebo
- 39 % par rapport à l'aspirine

Et ce d'autant plus que le patient est âgé

Aspirine seule ne réduit le risque que de 22%
par rapport au placebo

Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Annals of internal medicine*. 2007;146(12):857-67



GRAND HÔPITAL de CHARLEROI

- Le grand âge n'est pas une contre-indication à l'anticoagulation.
- La chute n'est pas une contre-indication aux anticoagulants.

« Sous anticoagulants, le risque de développer une hématomie sous dural après une chute est tellement bas qu'une personne présentant une fibrillation auriculaire devrait tomber 295 fois par an pour que le risque lié à l'anticoagulation dépasse son bénéfice ! »

Poli, D. et al. Bleeding risk in very old patients on vitamin K antagonist treatment: results of a prospective collaborative study on elderly patients followed by Italian Centres for Anticoagulation. Circulation 124, 824-829,

Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou pregabaline)
Symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
Maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
Maladie d'Alzheimer, légère-moderée	→ inhib. Acétylcholinestérase (donépézil, rivastigmine, galantamine)
Maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine

Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Opiacés régulièrement	→ laxatif
Douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
Pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
Glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β -bloquant)

Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β 2-adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
Hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
Vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque

Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
Maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres

Situation médicale	→ Médicament: envisager de le débiter
Vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
Prostatisme symptomatique	→ α 1-bloquant & inhib. de la 5 α -reductase, si résection de prostate non-justifiée

Liste courte. Exemples fréquents de prescription potentiellement inappropriée observés chez les patients de 65 ans et plus, par excès (STOPP.v2) ou par défaut (START.v2)

STOPP	si
Benzodiazépines ou Z-Drugs	> 4 semaines
AINS	Insuffisance rénale et/ou cardiaque
Aspirine	Prévention cardiovasculaire primaire
Vasodilatateur (nitré, α_1 -bloquant, anti-calcique)	Hypotension orthostatique
Anticholinergique	Troubles cognitifs
si	START
Chutes, ostéoporose	Vitamine D et Calcium
Fibrillation auriculaire	Anticoagulation
Prévention cardiovasculaire secondaire	Aspirine
Anxio-dépression importante	Antidépresseur ISRS
Douleur intense	Opiacé (et laxatif)

Dalleur, O., et al. STOPP/START,V2: un outis à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgées de 65ans et plus. Louvain Médical mai 2015 vol 134: 219-221.

5. Conclusions

- Outil **simple et rapide**.
- Basé sur des preuves ou des expériences cliniques.
- **Démarche systématique** grâce à son utilisation comme une checklist.
- Bénéfices démontrés pour la qualité du traitement médicamenteux
- **Dialogue et réflexion sur les médicaments à entamer avec le patient**.
- **Réflexion annuelle** sur la pertinence des médicaments chroniques, par exemple lors d'une consultation consacrée à leur révision.



Merci pour votre attention !

Références

- O'Mahony, D., et al., *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. Age Ageing 2015. 44 (2): 213-8
- Dalleur, O., et al. *STOPP&START: Dépister nos prescriptions inappropriées chez les patients âgés*. Revue de Médecine Générale, 2013; 205(9): 30-38
- Dalleur, O., et al., *Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria*. Drugs Aging, 2012. 29(10): 829-37
- Dalleur, O., et al., *Reduction of potentially inappropriate medications using the STOPP criteria in frail older inpatients: a randomised controlled study*. Drugs Aging, 2014. 31(4): 291-8
- Boland, B, et al., *Les critères STOPP-START, version.2 : adaptation en langue française*. Revue de Médecine Interne.
- Dalleur, O., et al. *STOPP/START,V2: un outis à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgées de 65ans et plus*. Louvain Médical mai 2015 vol 134: 219-221.