



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Les critères STOPP/START

Outil d'aide à la détection de la prescription médicamenteuse
inappropriée chez la personne âgée de 65 ans ou plus

2024

| Personnes de contact | BIP |
|--|------------|
| Hotline Gériatrie <i>(disponible les jours ouvrables de 8h30 à 18h)</i> | 02/5558983 |
| Pharmacie | 02/5553911 |

Les recommandations reprises dans ce guide ont été élaborées à partir de l'article « STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3», puis adaptées par des médecins et des pharmaciens de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles à destination des prestataires de soins hospitaliers. L'exploitation de ces données dans d'autres centres est de la responsabilité du médecin prescripteur.

Denis O'Mahony *et al.*, STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*, 2023; 14, 625–632.
doi 10.1007/s41999-023-00777-y.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Abréviations | 6 |
| Liste des critères STOPP | 9 |
| Système cardiovasculaire | 10 |
| Système digestif | 14 |
| Système endocrinien | 15 |
| Système musculo-squelettique | 16 |
| Système nerveux central et psychotropes | 18 |
| Système respiratoire | 22 |
| Système urinaire | 23 |
| Fonction rénale et prescriptions | 24 |
| Médicaments augmentant le risque de chute | 25 |
| Médicaments antalgiques | 26 |
| Liste des critères START | 27 |
| Système cardiovasculaire | 28 |
| Système digestif | 30 |

Table des matières

| | |
|--|----|
| <i>Recommandations pour la prise en charge de la constipation dans le service de Gériatrie</i> | 32 |
| Systeme endocrinien - rénal | 33 |
| Systeme musculo-squelettique | 34 |
| Systeme nerveux central | 35 |
| Systeme respiratoire | 36 |
| <i>Initier un traitement</i> | 37 |
| <i>Poursuivre un traitement : critères GOLD 2023</i> | 38 |
| Systeme urogénital | 39 |
| Vaccinations | 40 |
| Antalgiques | 41 |
| <i>Algorithme décisionnel de la douleur nociceptive</i> | 42 |
| Annexe : Les β -bloquants | 44 |
| Annexe : Recommandations de prise en charge du delirium | 45 |
| Annexe : Passage d'un analgésique à un autre | 47 |
| Annexe : Algorithmes pour la déprescription | 48 |

Abréviations

| | |
|---------------|--|
| AINS | anti-inflammatoire non stéroïdien |
| ARA II | antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II |
| AV | atrio-ventriculaire |
| AVC | accident vasculaire cérébral |
| AVK | anti-vitamine K |
| CI | contre-indication |
| HFpEF | insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée |
| HFrEF | insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée |
| HPB | hypertrophie bénigne de la prostate |
| HTA | hypertension artérielle |
| IDT | inhibiteur direct de la thrombine |
| IEC | inhibiteur de l'enzyme de conversion |
| IFXa | inhibiteur du facteur Xa |
| IPP | inhibiteur de la pompe à protons |
| IR | insuffisance rénale |
| ISRS | inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine |
| PDE-5 | 5-phosphodiesterase |
| OMI | œdème des membres inférieurs |
| SNG | sonde naso-gastrique |
| TAd | tension artérielle diastolique |
| TAs | tension artérielle systolique |
| TVP | thrombose veineuse profonde |
| VEMS | volume expiratoire maximale par seconde |

Introduction

L'application des critères STOPP/START permet de détecter la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez les personnes de 65 ans ou plus.

Cet outil est une aide à la prescription et ne remplace en rien l'expertise du clinicien.

N'hésitez pas à contacter un gériatre : (02/55)58983



La prise de ces médicaments est potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans dans les circonstances décrites.



Les traitements médicamenteux proposés doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez les ≥ 65 ans.

Seuls les principes actifs disponibles au formulaire thérapeutique de l'hôpital Erasme à l'édition actuelle sont cités dans ce carnet.
Liste non exhaustive des principes actifs.

Liste des critères STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)

Circonstances

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

Indication de prescription



Si un médicament est sans indication clinique valable ou durée trop longue ou doublon

Médicament à effet anticholinergique



Si ≥ 2 médicaments à effet anticholinergique sont prescrits

| Limited data so unable to score | | Drugs with AEC score of 0 | | Drugs with AEC score of 1 | Drugs with AEC score of 2 | Drugs with AEC score of 3 |
|---------------------------------|----------------|---------------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Alendronic Acid | Rivaroxaban | Alprazolam | Lovastatin | Amiodarone | Chlorphenamine | Amitriptyline |
| Allopurinol | Rosuvastatin | Amlodipine | Meloxicam | Aripiprazole | Dimenhydrinate | Atropine |
| Anastrozole | Spironolactone | Amoxicillin | Metoclopramide | Bromocriptine | Diphenhydramine | Clomipramine |
| Apixaban | Tamoxifen | Aspirin | Metoprolol | Carbamazepine | Disopyramide | Clozapine |
| Baclofen | Topiramate | Atenolol | Moclobemide | Citalopram | Levomepromazine (methotrimeprazine) | Hyoscin hydrobromide |
| Bisoprolol | Tizanidine | Atorvastatin | Morphine | Diazepam | Olanzapine | Imipramine |
| Bumetanide | Verapamil | Bupropion | Naproxen | Domperidone | Paroxetine | Nortriptyline |
| Captopril | Zopiclone | Cetirizine | Omeprazole | Fentanyl | Pethidine | Oxybutynin |
| Carvedilol | | Ciprofloxacin | Paracetamol | Fluoxetine | Pimozide | Procydline |
| Chlortalidone | | Clopidogrel | Pantoprazole | Hydroxyzine | Quetiapine | Promethazine |
| Clarithromycin | | Darifenacin | Pravastatin | lloperidone | Tolterodine | Trihexyphenidyl (benzhexol) |
| Clonazepam | | Diclofenac | Propranolol | Lithium | | |
| Codeine | | Diltiazem | Rabeprazole | Mirtazapine | | |
| Colchicine | | Enalapril | Ranitidine | Prednisolone | | |
| Dabigatran | | Entacapone | Risperidone | Quinidine | | |
| Dexamethasone | | Fexofenadine | Simvastatin | Sertindole | | |
| Digoxin | | Fluvoxamine | Theophylline | Sertraline | | |
| Erythromycin | | Furosemide | Thyroxine | Solifenacin | | |
| Flavoxate* | | Gabapentin | Tramadol | | | |
| Irbesartan | | Glucoside | Trazodone | | | |
| Lansoprazole | | Haloperidol | Trimethoprim | | | |
| Levetiracetam | | Ibuprofen | Venlafaxine | | | |
| Metformin | | Ketorolac | Valproate | | | |
| Methotrexate | | Lamotrigine | Warfarin | | | |
| Nitrofurantoin | | Levodopa | Zolpidem | | | |
| Oxcarbazepine | | Lisinopril | | | | |
| Oxycodone | | Loperamide | | | | |
| Phenytol | | Loratadine | | | | |
| Pregabalin | | Lorazepam | | | | |
| Ramipril | | Losartan | | | | |



3 - retrait et surveillance ou échange

2 - retrait et surveillance ou échange

1 - usage prudent









0 - utilisation sûre

Calculateur de score anticholinergique : [medicheck](#)

*These drugs have confirmed anticholinergic activity but the extent and clinical significance of this is unknown




Système cardiovasculaire






| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|--|---|
| Amiodarone |  Si en 1 ^{ère} intention pour une tachycardie supra-ventriculaire |
| Antagoniste de l'aldostérone (spironolactone) |  Si associé aux IEC ou ARA II ou amiloride en l'absence d'une surveillance de la kaliémie (≤ 6 mois), risque d'hyperkaliémie sévère |
| Antihypertenseur à action centrale (méthildopa, clonidine, moxonidine) |  Sauf si intolérance ou inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs |
| β - bloquant |  Si associé au vérapamil ou au diltiazem |
| |  Si bradycardie (< 50 bpm), bloc AV du 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré |
| |  Si asthme traité par un bronchodilatateur sauf si β -bloquant cardiosélectif par voie orale ou locale (<i>bisoprolol, esmolol, métoprolol, nébivolol</i>) (cf. p 44) |
| |  Si diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques |
| |  Si monothérapie pour une HTA non compliquée |

Médicament**Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans**



Digoxine

-  Si décompensation d'insuffisance cardiaque avec HFpEF conservée
-  Si bradycardie (< 50 bpm), bloc AV du 2^{ème} ou 3^{ème} degré
-  Si en 1^{ère} intention > 3 mois en *rate control* d'une FA



Diurétique de l'anse
(furosémide)

-  Si en 1^{ère} intention pour une HTA
-  Si HTA en présence d'une incontinence urinaire
-  Si OMI d'origine périphérique (*sauf si insuffisance cardiaque, hépatique, rénale ou syndrome néphrotique : préférer bas de contention et élévation des jambes*)



Diurétique thiazidique
ou apparenté (indapamide)

-  Si troubles électrolytiques : $K^+ < 3,0$ mmol/L, $Na^+ < 130$ mmol/L, Ca^{2+} corrigé $> 2,65$ mmol/L
-  Si arthrite microcristalline (goutte)



IEC ou ARA II
(captopril, lisinopril, pérendopril ou
candésartan, losartan, telmisartan)

-  Si antécédent d'hyperkaliémie ($K^+ > 5.5$ mmol/l)
-  Si hypotension orthostatique persistante

Inhibiteur PDE-5
(sildénafil, tadalafil)

-  Si décompensation cardiaque sévère avec hypotension ($TAs < 90$ mmHg)
-  Si angor traité par des dérivés nitrés

Vérapamil/diltiazem

-  Si décompensation cardiaque de classe III ou IV (*péjoration possible d'une HFrEF*)
-  Si bradycardie (< 50 bpm), bloc AV du 2^{ème} ou 3^{ème} degré

Système cardiovasculaire



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

Antiagrégant plaquettaire
(aspirine, clopidogrel, dipyridamole)

- STOP** Si risque hémorragique significatif (*HTA sévère non contrôlée, diathèse hémorragique ou récent épisode de saignement spontané important*)
- STOP** Si associé à un anticoagulant oral (AVK, IDT ou IFXa) pour une artériopathie stable (*coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique*)
- STOP** Si ticlopidine : dans tous les cas
- STOP** Si utilisé comme alternative à un anticoagulant pour traitement de la FA

Anticoagulant oral

(AVK : acénocoumarol,
IDT : dabigatran ou
IFXa: apixaban, édoxaban,
rivaroxaban)

- STOP** Si risque hémorragique significatif (*HTA sévère non contrôlée, diathèse hémorragique ou récent épisode de saignement spontané important*)
- STOP** > 6 mois pour une 1^{ère} TVP sans facteur de risque de thrombophilie identifié
- STOP** > 12 mois pour un 1^{er} épisode d'embolie pulmonaire sans facteur de risque de thrombophilie identifié
- STOP** AVK en 1^{ère} ligne pour une FA (*sauf si valve cardiaque mécanique, sténose mitrale sévère à modérée ou DFG < 15 ml/min/1.73m²*)
- STOP** Dabigatran associé au diltiazem ou vérapamil (*risque majoré de saignement*)
- STOP** IDT ou IFXa en présence d'un inhibiteur de la glycoprotéine P (*amiodarone, azithromycine, carvedilol, cyclosporine, itraconazole, macrolides, quinine, ranolazine, tamoxifen, ticagrelor, verapamil*)

Vasodilatateur










- STOP** Si hypotension orthostatique persistante

Système cardiovasculaire











Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

| | |
|---|---|
| Aspirine | <p> Si dose > 100 mg/j au long cours</p> <p> Si associée au clopidogrel > 4 semaines en prévention secondaire des AVC (<i>sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique</i>)</p> <p> Si associée à un anticoagulant oral (AVK, IDT ou IFXa) pour une fibrillation auriculaire</p> <p> Si prévention primaire des maladies cardiovasculaires</p> |
| Médicament qui allonge l'intervalle QTc | <p> Si allongement QTc connu (<i>> 450 msec chez les hommes et > 470 msec chez les femmes</i>)</p> <p> Quinolones, macrolides, ondansetron, citalopram >20mg/j, escitalopram >10mg/j, antidépresseurs tricycliques, lithium, halopéridol, digoxine, anti-arythmiques de classe 1A et 3, tizanidine, phénothiazines, astemizole, mirabegron</p> |
| Statine | <p> Si prévention primaire chez un patient de ≥ 85 ans, fragile avec une espérance de vie < 3 ans</p> |
| Antihypertenseurs | <p> Si sténose aortique sévère (<i>risque d'hypotension artérielle et syncope</i>)</p> |
| Corticostéroïdes | <p> Si insuffisance cardiaque nécessitant diurétiques de l'anse</p> |

Systeme digestif



| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|--|--|
| Fer élément |  Si dose > 200 mg/j par voie orale |
| IPP |  Si dose maximale > 8 semaines pour une œsophagite peptique ou un ulcère gastroduodénal non compliqués |
| Médicament à effet constipant (anticholinergiques, fer <i>per os</i> , opiacés, verapamil, antiacides à base d'aluminium) |  Si constipation chronique lorsque des alternatives existent |
| Métoclopramide/ Prochlorpérazine |  Si symptômes extrapyramidaux |
| Corticostéroïdes |  Si antécédent d'ulcère peptique ou œsophagite érosive (<i>risque de rechute</i>) sans traitement par IPP |
| Antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant |  Si antécédent d'ectasie vasculaire antrale gastrique (<i>GAVE</i> ou « <i>watermelon stomach</i> ») |
| Neuroleptique |  Si dysphagie (<i>risque accru de pneumonie d'inhalation</i>) |
| Acétate de mégéstrol |  Si prescrit comme orexigène |

Système endocrinien



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

Œstrogène

(per os ou transdermique)



Si antécédent de cancer du sein ou d'épisode thromboembolique veineux



Sauf si associé aux progestatifs chez une patiente non hystérectomisée



Si associé aux progestatifs en présence d'une artériopathie coronaire, cérébrale ou périphérique

Sulphonylurée à longue

durée d'action (glibenclamide, gliclazide à libération prolongée)



Si diabète de type 2 (*risque d'hypoglycémies prolongées*)

Thiazolidinédione



Si insuffisance cardiaque (*risque de décompensation*)

Inhibiteur SGLT2

(canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine, ertugliflozine)



Si hypotension symptomatique

Lévothyroxine



Si hypothyroïdie subclinique avec TSH < 10 mU/L (*risque de thyrotoxicose*)

Analogues de la vasopressine
(desmopressine, vasopressine)



Si incontinence urinaire ou pollakiurie

Système musculo-squelettique



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

AINS

(diclofénac, ibuprofène, naproxène, piroxicam)



Si antécédent d'ulcère gastroduodéal ou de saignement digestif, sans traitement par IPP ou anti-H2 (*sauf si COX-2 sélectifs*)



Si HTA sévère (PAS >170 et/ou PAD >100 mmhg) ou insuffisance cardiaque nécessitant diurétiques de l'anse



Si traitement en 1^{ère} intention d'une douleur arthrosique > 3 mois



Si traitement de fond d'une goutte > 3 mois **sauf** si CI à un inhibiteur de la xanthine-oxydase (*allopurinol*)



Si associé à une corticothérapie (*augmente le risque d'ulcère*)



Si associé à un anticoagulant oral (*AVK, IDT ou IFXa*)



Si antécédents artériopathie (*coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique*)

Bisphosphonate oral

(alendronate)



Si atteinte du tractus digestif supérieur (*dysphagie, oesophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique ou saignement digestif haut*)

Système musculo-squelettique



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

Corticothérapie



Si traitement > 3 mois pour une polyarthrite rhumatoïde en monothérapie



Si traitement par voie orale ou locale pour douleur d'arthrose (*injections intra articulaires admises*)



Si insuffisance cardiaque nécessitant diurétiques de l'anse

Colchicine



Si traitement de fond d'une goutte > 3 mois **sauf** si CI un inhibiteur de la xanthine-oxydase (*allopurinol*)

Opiïdes



Si traitement long cours pour arthrose (*manque d'efficacité*)

Système nerveux central et psychotropes



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

Antidépresseur tricyclique

(clomipramine, miansérine, nortriptyline, amitriptyline)



Si démence, glaucome à angle fermé, trouble de conduction cardiaque, prostatisme/antécédent de globe vésical, constipation chronique, chute récente, antécédent d'hypotension orthostatique



Si en 1^{ère} intention pour une dépression majeure

Antihistaminique de 1^{ère} génération

(dexchlorphéniramine, hydroxyzine, prométhazine)



Si en 1^{ère} ligne de traitement d'une allergie ou prurit



Si traitement insomnie

Benzodiazépine



Si traitement > 2 semaines pour insomnie










Si traitement > 4 semaines (*diminution progressive après 2 semaines*)



Si traitement d'une agitation ou symptômes psychotiques d'une démence

Système nerveux central et psychotropes



| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|---|---|
| Hypnotique Z (zolpidem, zopiclone) |  Si prescrit pendant plus de 2 semaines pour des insomnies |
| Inhibiteur de l'acétylcholinestérase (donépézil) |  Si antécédent de bradycardie persistante (< 60 bpm), de bloc de conduction cardiaque, de syncopes récidivante inexpliquées, médicament bradycardisant (β -bloquant, digoxine, diltiazem, vérapamil) |
| ISRS (escitalopram, fluoxétine, paroxétine, sertraline) |  Si hyponatrémie ($Na^+ < 130$ mmol/L) concomitante ou récente |
| |  Si associé à un anticoagulant oral (AVK, IDT ou IFXa) en cas antécédents d'hémorragie majeure |
| |  Si hémorragie importante active ou récente (effets antiplaquettaires des ISRS) |
| ISRN (venlafaxine, duloxétine) |  Si hypertension sévère ($TAs > 180$ mmHg et/ou $TAd > 105$ mmHg) |
| Mémantine |  Si épilepsie connue ou antécédent de crise d'épilepsie |

Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

L-dopa / agoniste
dopaminergique



Si tremblement essentiel bénin ou si traitement d'un effet indésirable extrapyramidal ou autre forme de syndrome parkinsonien iatrogène



Dans tous les cas



Si syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (*sauf* *quétiapine* ou *clozapine*)



Si symptômes psycho-comportementaux associés à une démence et sans changement de dose > 3 mois ni revue de la médication (*sauf* si symptômes sévères et échec de la thérapie non pharmacologique)

Neuroleptique



Pour insomnies (*sauf* si l'origine est une psychose ou une démence)



Si Phénothiazine en 1^{ère} ligne pour traitement de la psychose ou symptômes non cognitifs de la démence (*sauf* *prochlorpérazine* : antiémétique, vertiges ; *chlorpromazine*: hoquet persistant ; *lévomépromazine*: antiémétique en soins palliatifs)

Nootropiques ou smart drugs

(Gingko Biloba, aniracetam,
piracetam, modafinil, L-theanine,
phosphatidylsérine, acides gras
omega-3, panax ginseng, rhodiola,
creatine)



Si prescrit pour une démence (pas de preuve d'efficacité)

Système nerveux central et psychotropes



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

Anticholinergique (biperiden, procyclidine, trihexyphenidyl)



Traitement des effets secondaires extrapyramidaux induits par les neuroleptiques




Médications avec effets anticholinergiques (*voir page 9*)



Chez les patients en délirium ou déments

Système respiratoire



| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|---|---|
| LAMA (tiotropium, aclidinium, umeclidinium, glycopyrronium) |  Si glaucome à angle aigu ou obstacle à la vidange de la vessie |
| Corticostéroïde |  Si voie systémique, privilégier alors les corticostéroïdes à inhaler pour le traitement de fond d'une BPCO modérée à sévère |
| Théophylline |  Si BPCO en monothérapie |

Système urinaire



Médicament

Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans

α 1-bloquant

(tamsulosine, térazosine)



Si hypotension orthostatique symptomatique ou syncope

Antibiotique



Si bactériurie asymptomatique

Duloxetine



Si incontinence urinaire d'urgence (*indiqué dans l'incontinence de stress*)

Médicament à effet
anticholinergique



Si démence, constipation, déclin cognitif chronique, glaucome à angle fermé, ou prostatisme persistant (*HPB ou volume résiduel post-mictionnel > 200 mL*)











Mirabegron















Si hypertension labile ou sévère

Fonction rénale et prescriptions










| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|--|--|
| AINS |  Si DFG est < 50 mL/min/1.73m ² |
| Bisphosphonates |  Si DFG < 30 mL/min/1.73m ² |
| Colchicine |  Si DFG est < 10 mL/min/1.73m ² |
| Digoxine (si > 90 jours) |  Si dose $>$ ou $= 125$ μ g/j et DFG < 30 mL/min/1.73m ² |
| IDT (dabigatran) |  Si DFG < 30 mL/min/1.73m ² |
| IFXa (apixaban, édoxaban, rivaroxaban) |  Si DFG est < 15 mL/min/1.73m ² |
| Metformine |  Si DFG < 30 mL/min/1.73m ² |
| Methotrexate |  Si DFG < 30 mL/min/1.73m ² |
| Nitrofurantoïne |  Si DFG < 45 mL/min/1.73m ² |
| Spironolactone, éplérénone |  Si DFG < 30 mL/min/1.73m ² |

Médicaments augmentant le risque de chute

| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|--|---|
| α-bloquant |  Si hypertension chez patients à risque de chutes |
| |  Si prostatisme chez patients à risque de chutes sauf silodosine |
| Anticholinergique |  Si traitement de l'hyperactivité vésicale ou de l'incontinence urinaire d'urgence |
| Antidépresseur |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'altérations sensorielles</i>) |
| Antiépileptique |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'altérations sensorielles ou cérébelleuses</i>) |
| Antihypertenseur central |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'altérations sensorielles ou hypoTA orthostatique</i>) |
| Antihistaminique 1 ^{re} génération |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'altérations sensorielles</i>) |
| Antipsychotique |  Si chutes récurrentes (<i>risque de syndrome extra-pyramidal</i>) |
| Benzodiazépine |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'altérations sensorielles et troubles de l'équilibre</i>) |
| Opiacé |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'altérations sensorielles</i>) |
| Vasodilatateur |  Si chutes récurrentes (<i>risque d'hypotension orthostatique persistante</i>) |
| Z-drug |  Si chutes récurrentes (<i>risque de somnolence ou d'ataxie</i>) |

Médicaments antalgiques

| Médicament | Prescription potentiellement inappropriée chez les ≥ 65 ans |
|---|---|
| Gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline) |  Si en dehors d'une douleur neuropathique |
| Lidocaïne topique |  Si traitement de douleurs arthrosiques chroniques |
| Opioïde à longue durée d'action (morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, tramadol) |  Si en 1 ^{ère} intention pour une douleur légère, par voie orale ou transdermique |
| |  Si traitement de fond sans prescription d'un laxatif |
| |  Si opiacé à longue durée d'action sans opiacé à action immédiate |
| Paracétamol |  Si $> 3g/24h$ avec un mauvais état nutritionnel ($BMI < 18 \text{ kg/m}^2$) ou une hépatopathie chronique |
| AINS |  Cf. page 16 |

Liste des critères START (Screening Tool to Alert to Right Treatment)








Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez les ≥ 65 ans.

Les principes actifs en gras sont considérés comme des 1^{er} choix sous réserve d'absence d'intolérance ou de comorbidité ou d'indication préférentielle d'un autre choix.








| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|---|--|--|
| Athérosclérose (coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique) | START Antiagrégant plaquettaire + statine sauf si ≥ 85 ans, fragile avec une espérance de vie < 3 ans : en prévention secondaire | Aspirine (75-100 mg/j), clopidogrel, prasugrel, ticagrelor + atorvastatine , pravastatine, rosuvastatine, simvastatine (40 mg/j) |
| Cardiopathie ischémique | START IEC + β -bloquant (cf. p 44) | Bisoprolol, carvédilol , métoprolol, nébivolol, propranolol |
| Fibrillation auriculaire paroxystique ou chronique | START Anticoagulant oral (AVK, IDT ou IFXa) START β -bloquant si FA rapide non contrôlée | AVK : acénocoumarol ou IDT : dabigatran ou IFXa: apixaban, edoxaban, rivaroxaban Bisoprolol, carvédilol , métoprolol, nébivolol, propranolol |
| HTA Si robuste : TAs ≥ 140 et/ ou TAd ≥ 90 mmHg Si fragile : TAs $\geq 150/90$ mmHg) | START Antihypertenseur à initier ou majorer | IEC : captopril, lisinopril, périndopril ou inhibiteur calcique : amlodipine , lercanidipine |



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|------------------------|--|---|
| Insuffisance cardiaque |  IEC+ β -bloquant si IC systolique stable (HFrEF) | Captopril, lisinopril, périndopril + bisoprolol, carvédilol , métoprolol, nébivolol |
| |  Spironolactone, éplérénone si DFG > 30 ml/min/1.73m ² | Spironolactone |
| |  Inhibiteur SGLT2 | Empagliflozine |
| |  Sacubitril + valsartan si HFrEF symptomatique malgré une dose maximale IEC ou sartan | Sacubitril + valsartan |
| |  Fer IV si HFrEF symptomatique et carence martiale | Fer III |



Systeme digestif



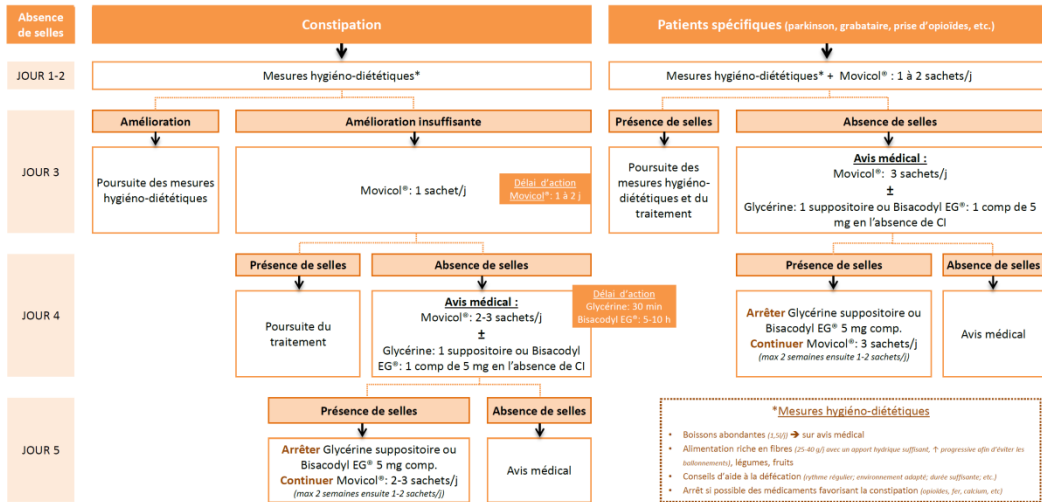
| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|--|---|---|
| Maladie diverticulaire ou constipation bénigne |  Si constipation chronique : supplémentation en fibres | Sterculia gomme |
| Reflux gastro-œsophagien sévère/sténose peptique |  IPP | Pantoprazole (<i>per os, IV</i>), ésomeprazole (<i>per os, SNG</i>) |
| Constipation chronique, idiopathique ou secondaire |  Laxatif osmotique | lactulose, macrogol |
| Prise d'antibiotiques chez patient immunocompétent |  Probiotique | Non disponible |
| Ulcère peptique à HP |  Traitement d'éradication de l'HP | IPP + clarithromycine + amoxicilline + métronidazole pendant 10 jours |

Systeme digestif



| Traitement | Traitement medicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|--|---|--|
| Prise d'aspirine à faible dose et antécédent d'ulcère peptique ou d'œsophagite de reflux |  IPP | Pantoprazole (<i>per os, IV</i>), ésoméprazole (<i>per os, SNG</i>) |
| AINS à court ou long terme |  IPP | Pantoprazole (<i>per os, IV</i>), ésoméprazole (<i>per os, SNG</i>) |

Recommandations pour la prise en charge de la constipation dans le service de Gériatrie








Les recommandations ne s'appliquent pas si : maladie inflammatoire des intestins/ du côlon, perforation ou syndromes occlusif et subocclusif des intestins, douleurs abdominales de cause indéterminée, dysphagie → **AVIS MÉDICAL**

| Nom commercial, DCI, dosage, présentation | Posologie | Mode d'administration | Remarques |
|---|---|--|--|
| Movicol® ICI : 30,2 mg ; NaCl : 350,8 mg ; NaHCO ₃ : 176,8 mg ; microgél 2300 : 13,125 g Sachet usinose 25 ml | 1-3 sachets/j max 2 semaines <u>Usage prolongé</u> : 1-2 sachets/j | Solution buvable en sachet prête à l'emploi. A prendre avec un grand verre d'eau | Ne pas mettre les sachets au frigo. Effets indésirables: troubles gastro-intestinaux, diarrhée (réagit normalement à une diminution de la dose). Goût : fraise/banane |
| Glycérine® Glycérine : 3,7 g Suppositoire adulte | 1 suppositoire/j (prise non chronique) | 30 minutes avant l'administration, placer le suppositoire à température ambiante. | Contre-indication (CI): fissure anale Il faut surveiller le taux de glucose chez les patients diabétiques. La prise chronique de suppositoires de glycérine doit être évitée → irritations, incontinence fécale ou réflexe de défécation perturbé. Effets indésirables: irritation rectale ou sensations de brûlure. |
| Bisacodyl EG® Bisacodyl : 5 mg Comp. gastro-résistant | 1 à 2 comp./j (prise non chronique) | A prendre avec un verre d'eau | Contre-indication (CI) relatives : médicaments allongent l'intervalle QT, digitaliques, hypokaliémiants. Séparer l'administration du bisacodyl et des IPP (dissolution précoce de l'enrobage du comprimé) → douleur abdominale et éventuellement vomissement sans gravité. Effets indésirables: troubles gastro-intestinaux, diarrhée. |








Système endocrinien - rénal



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|---|--|---|
| Diabète compliqué d'une néphropathie sauf si DFG < 30 ml/min/m ² |  IEC (si intolérance aux IEC : ARA II) | Captopril, lisinopril, périndopril |
| Si DFG < 30 ml/min/1,73m ² avec hypocalcémie (Ca corrigé < 2,10 mmol/l) et hyperparathyroïdie secondaire |  cholécalciférol (=25(OH)D), calcitriol | Calcitriol, cholécalciférol (=25(OH)D) |
| Si DFG < 30 ml/min/1,73m ² avec hyperphosphatémie (> 1.76 mmol/L ou 5.5 mg/dl) malgré régime IRC |  Chélateur du phosphore | Calcium acétate/magnésium carbonate, sévélamer |
| Si DFG < 30 ml/min/1,73m ² avec anémie symptomatique non imputable à une carence en hématine ou en fer (Hb 10,0 à 12,0 g/dl) |  Analogue de l'érythropoïétine | darbépoétine alfa, époétine alfa |
| IR chronique avec protéinurie (albuminurie > 300mg/24h) |  IEC (si intolérance aux IEC : ARA II) | Captopril, lisinopril, périndopril |








Système musculo-squelettique



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|--|---|---|
| Confinement au domicile/ chutes/ ostéopénie (-2,5 <T-score <-1,0 DS) |  cholécalciférol (=25(OH)D) (800-1000 UI/j) | Cholécalciférol |
| Ostéoporose confirmée et/ou fracture de fragilité et/ou T-score <-2,5 DS |  cholécalciférol (=25(OH)D) (800-1000 UI/j) + calcium (1-1,2 g/j) + inhibiteur de la résorption osseuse/anabolique osseux | Inhibiteur de la résorption osseuse/ anabolique osseux : alendronate, dénosumab , pamidronate, strontium ranélate, zolédronate |
| Corticothérapie systémique (> 3 mois) |  cholécalciférol (=25(OH)D) + calcium + biphosphonate | Biphosphonates : alendronate, pamidronate, zolédronate |
| Goutte clinique récurrente |  Inhibiteur de la xanthine oxydase | Allopurinol |
| Méthotrexate |  Acide folique | Acide folique (4 mg/j) |
| Polyarthrite rhumatoïde active |  Immunomodulateur (<i>Avis d'un rhumatologue au préalable recommandé</i>) | Abatacept, infliximab, méthotrexate, minocycline, tocilizumab, rituximab |
| Interruption denosumab > 12 mois (2 doses) ou interruption teriparatide |  Inhibiteur de la résorption osseuse | alendronate, pamidronate, zolédronate |

Système nerveux central



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|--|--|--|
| Anxiété sévère persistante |  ISRS (<i>Si CI : duloxétine, venlafaxine ou prégabaline</i>) | Escitalopram , fluoxétine, paroxétine, sertraline, duloxétine, venlafaxine, prégabaline |
| Maladie de Parkinson (avec déficience fonctionnelle et handicap) |  L-DOPA ou un agoniste dopaminergique | Levodopa ou pramipexole, ropinirole |
| Maladie d'Alzheimer stade léger à modéré |  Inhibiteur de l'acétylcholinestérase | Donépézil |
| Maladie à corps de Lewy ou démence dans la maladie de Parkinson |  Rivastigmine | Non disponible |
| Symptômes dépressifs majeurs |  Antidépresseur non tricyclique | Escitalopram , Mirtazapine |
| Syndrome des jambes sans repos |  Agoniste dopaminergique après avoir écarté une carence martiale et une IR sévère (DFG<30 ml/min) | Pramipexole |
| Tremblement essentiel |  Propranolol | Propranolol |

Système respiratoire



Pathologie

Traitement médicamenteux à envisager

Asthme chronique ou BPCO



Stade léger à modéré et Gold 1 à 2 : LAMA ou LABA

Stade modéré à sévère et gold 3 à 4 (VEMS < 50 %) : corticostéroïde inhalé
(cf. p. 37)

Hypoxie chronique

(pO₂ < 60 mmHg ou <8,0 kPa ou SaO₂ < 89 %)



Oxygénothérapie

Prescrire de l'OXYGÉNOTHÉRAPIE

| Indications | Hypoxémie | Palliatifs (avec hypoxémie) |
|------------------------------|--|-----------------------------------|
| Médecin autorisé à prescrire | Généraliste ou Spécialiste | |
| Accord du médecin conseil | Oui + autorisation de remboursement | Non mais statut palliatif reconnu |
| Pharmacie | Officine ouverte au public | |
| Intervention | Max. 3 mois sur 12 consécutifs ou non | Illimitée |
| Prescriptions | Chaque mois (de date à date, chaque mois entamé est pris en compte) | |
| | Oxygène gazeux en DCI ou oxyconcentrateur Date (jour/mois/année), dosage (en litre/min. et heures/jour) <i>Si nécessaire : Humidificateur</i> Bouteille de réserve 1 m ³ Tiers payant applicable (si palliatifs uniquement) | |



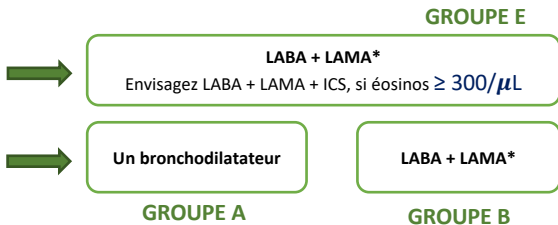
Contactez une assistante sociale

Initier un traitement

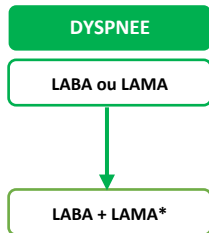
Les recommandations de traitement (critères GOLD) sont identiques chez les patients âgés, robustes et fragiles.

Initier le traitement :

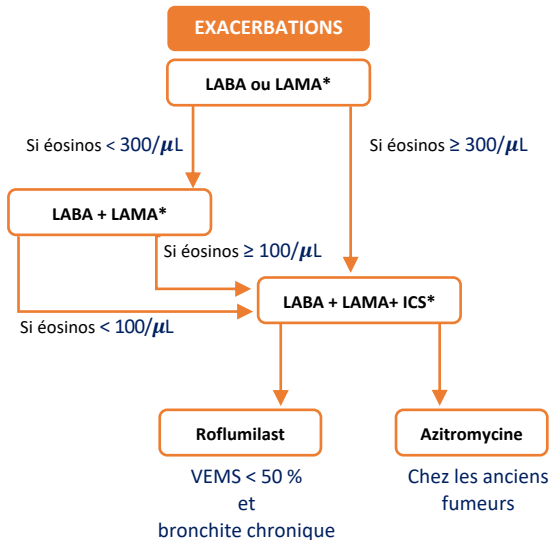
- ≥ 2 exacerbations modérées ou 1 exacerbation avec hospitalisation
- 0 ou 1 exacerbation modérée



Poursuivre le traitement : critères GOLD 2023








- Considérez un changement d'inhalateur ou de molécules
- Instaurez ou améliorez le traitement non pharmacologique
- Recherchez et traitez d'autres causes de dyspnée







Système urogénital



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au Formulaire thérapeutique |
|---|--|--|
| Prostatisme symptomatique (si résection de la prostate non justifiée) |  α 1-bloquant + inhibiteur 5 α -réductase | Tamsulosine, térazosine + Inhibiteur 5 α -réductase : non disponible |
| Vaginite atrophique symptomatique |  Œstrogènes locaux | Non disponible |
| Infections urinaires récurrentes chez les femmes |  Œstrogènes locaux | Non disponible |
| Dysfonction érectile invalidante |  Inhibiteurs de la PDE-5 (<i>avanafil, sildénafil, tadalafil, vardénafil</i>) | Non disponible |
| Incontinence urinaire d'effort |  Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline | Duloxétine |

Vaccinations



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager |
|-------------|--|
| Grippe |  Vaccination annuelle (début automne) |
| Pneumocoque |  Vaccination (cf schéma vaccinal) |
| Zona |  Primovaccination : 2 injections à administrer à au moins 2 mois d'intervalle |
| COVID-19 |  Vaccination à ARN messenger |

Vaccination anti-pneumococcique: schéma vaccinal




| | Adultes 19 à 85 ans à risque accru d'infection pneumococcique* | Adultes 50 à 85 ans avec une comorbidité* et personnes en bonne santé de 65 à 85 ans | Adultes ≥ 85 ans |
|---|---|---|---|
| Primovaccination | PCV20 unique ou PCV13 suivi de PPV23 après 8 semaines minimum | PCV20 unique ou PCV13 suivi de PPV23 50-85 ans : après 8 semaines minimum 65-85 ans : à un an minimum | Décision sur base individuelle (patient à risque, profil de fragilité, comorbidité) |
| Revaccination | Revaccination PPV23 tous les 5 ans | 50-85 ans : PPV23 une seule fois après primovaccination 65-85 ans : non recommandé | |
| Personnes ayant été vaccinées par le passé avec le PPV23 | Vaccination unique au moyen du PCV20 au moins 1 an après le dernier vaccin PPV23 Rappel : cf revaccination | PPV23 au moins 8 semaines après, puis PPV23 une fois après 5 ans (ou répété si comorbidité sévère) Rappel : cf revaccination | |

* Risque accru d'infection pneumococcique : adultes présentant un trouble immunitaire, une asplénie anatomique et/ou fonctionnelle, une drépanocytose ou une hémoglobinopathie, une fuite du liquide céphalo-rachidien ou porteur d'un implant cochléaire.

Comorbidité: souffrance cardiaque chronique, pulmonaire chronique ou fumeurs, hépatique chronique ou abus d'alcool, rénale chronique

Antalgiques



| Pathologie | Traitement médicamenteux à envisager | Molécule(s) disponible(s) au formulaire thérapeutique |
|--|---|---|
| Douleurs non-arthrosiques modérées à sévères |  Opioïde fort (si inefficacité du paracétamol, des AINS, des opioïdes faibles) | Oxycodone, morphine, fentanyl, buprénorphine, hydromorphone |
| Prise régulière opiacés |  Laxatif | Lactulose, macrogol , sterculia gomme |
| Douleur neuropathique localisée (ex: zona) |  Patch topique de lidocaïne (lignocaïne) à 5 % | Lidocaïne patch |

Algorithme décisionnel : douleur nociceptive

Douleur légère

VAS < 3/10

PALIER I

NON-OPIOÏDES

Paracétamol

Dafalgan Forte® comp. efferv. 1 g
Perdolan® comp. séc. 500 mg

Si nécessaire: **Paracétamol Fresenius Kabi® vial 1g/100 mL**

Traitement ≤ 4 semaines : max 4 g/jour en 4 prises
Traitement > 4 semaines : max 3 g/jour en 3 prises

OU

Diclofénac

Diclofénac EG® comp. 50 mg

Max 150 mg/jour en 2 à 3 prises pendant 48 h max

Si nécessaire: **Voltaren® ampoule 75 mg/3 mL**

Max 150 mg/jour en 2 prises pendant 48 h max

AINS : **Contre-indication :** ulcère gastro-duodénal
Adaptation posologique chez les > 65 ans



Risque de néphrotoxicité (surtout chez les IR, < 60 ans)
et de toxicité gastrique (prescrire des IPP)

PARACÉTAMOL :

Adaptation posologique : éthyliste, > 65 ans, IR, IH : max **3g/j**
Toxicité hépatique (si surdosage prolongé ou prise unique > 10 g)

Douleur légère à modérée

3 < VAS < 6/10

PALIER II

OPIOÏDES FAIBLES

Tramadol + Paracétamol

Zaldiar® comp. 37,5/ 325 mg

Max 8 comp./jour en 4 prises

Si consommation de 4 à 6



Tramadol

Dolzam Uno® comp. lib. prol. 200 mg

Max 200 mg/jour en 1 prise tous les jours à la même heure

Dolzam Retard® comp. lib. prol. 75 mg

Max 2 comp./jour en 2 prises

Si nécessaire : **Tradonal Odis® comp. orodisp. 50 mg**

Tramadol EG® goutte 100 mg/mL

Max 400 mg/jour en 4 prises



Paracétamol (1 g 3 à 4x/jour)
ou Zaldiar (1 comp. 4x/jour)



AINS

Adaptation posologique : IR, IH, > 75 ans



Attention à l'interaction entre le Tramadol et les antidépresseurs de type ISRS en cas insuffisance rénale

Si la douleur diminue ou est supprimée : descendre d'un palier

Douleur aiguë, si besoin de soulagement urgent :

Tradonal® ampoule 100 mg/2 mL (injectable)

Douleur modérée à sévère

VAS > 6/10

PALIER III

OPIOÏDES FORTS

Oxycodone

OxyNorm® comp. Instant 5, 20 mg

OxyContin® comp. lib. prol. 5, 10, 40 mg

OxyNorm® : posologie individuelle max 6 prises si nécessaire
OxyContin® : posologie individuelle en 2 prises

Morphine

Ms Direct® comp. 10 mg

Ms Contin® comp. lib. prol. 10, 30, 60, 100 mg

Oramorph® sol. 200 mg/100 mL

Morphine® ampoule 10 mg/mL

Voir procédure de titrage*

Hydromorphone

Palladone IR® caps. 1, 3 mg

Palladone SR® caps lib. prol. 4, 16 mg

Palladone IR® : 1,3 à 2,6 mg toutes les 4h si nécessaire

Palladone SR® : 4 à 16 mg toutes les 12 h

Fentanyl

Durogésic® patch 25, 50, 100 µg/h

Max 300 µg/h

Buprenorphine

Transtec® patch 35 µg/h

Max 140 µg/h



PALIER I

Adaptation posologique : IH, IR, > 65 ans



Surveillance des signes de sevrage (douleurs, irritabilité, crampes, diarrhées, tachycardie)

Intoxication aux opiacés (sommolence, dépression respiratoire) :
oxygène + antidote (Naloxone® IV 0,4 mg) + lavage d'estomac

Si la douleur diminue ou est supprimée : descendre d'un palier

LAMATIS (MOVICOL®)

Annexes

Les β -bloquants

- Il faut instaurer le traitement par β -bloquant en augmentant progressivement la dose, selon les étapes suivantes. A chaque modification de posologie, il faudra vérifier que le patient tolère le traitement : *fréquence cardiaque, tension artérielle, troubles de la conduction, etc.*
- Si le patient est traité par un β -bloquant, en fonction de la semaine de traitement, vous devez descendre d'un palier pour trouver la dose correspondant au nouveau β -bloquant.

Semaine dose β -bloquant actuel → (semaine -1) dose du nouveau β -bloquant

Exemple: Bisoprolol : 2,5 mg 1x/j → Carvédilol : 3,125 mg 2x/j

| Insuffisance cardiaque [#] | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|--------------|--------------|-------------|------------|--|
| ① | | | | | | | |
| Semaine : | 1 | 2 | 3 | 4-7 | 8-11 | 12 | |
| Bisoprolol | 1,25 mg 1x/j | 2,5 mg 1x/j | 3,75 mg 1x/j | 5 mg 1x/j | 7,5 mg 1x/j | 10 mg 1x/j | |
| Semaine : | 1-2 | | 3-4 | 5-6 | 7-12 | | |
| Carvédilol | 3,125 mg 2x/j | | 6,25 mg 2x/j | 12,5 mg 2x/j | 25 mg 2x/j | | |
| Métoprolol (lib. prol.) | 12,5*-25 mg 1xj | | 50 mg 1xj | 100 mg 1x/j | 200 mg 1x/j | | |
| Néбиволол | 1,25 mg 1x/j | | 2,5 mg 1x/j | 5 mg 1x/j | 10 mg 1x/j | | |




Guidelines ACCF/AHA et ESC 2016 pour les patients \leq 85 kg

* Chez les patients en classe III-IV selon la NYHA

Recommandations de prise en charge du delirium

LA PREVENTION DU DELIRIUM

Rouvière H, Benhadi N, Alvarez M. - Equipe Liaison Interne Gériatrie - Septembre 2016

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>SOMMEIL</p>  <p>Diminuer le bruit/éclairage Apporter le confort Eviter les somnifères si possibles</p> | <p>STIMULATION COGNITIVE</p>  <p>Orientation temps/espace Visites/Famille Informé sur procédures médicales et raison d'hospitalisation</p> | <p>AUDITION</p>  <p>Mettre appareils auditifs Vérifier qu'ils fonctionnent (piles)</p> | <p>SEVRAGE MEDICAMENTEUX</p>  <p>Somnifères ... ? Vérifier la liste de TOUTS médicaments pris au domicile</p> | <p>DOULEUR</p>  <p>Soulager la douleur</p> |
| <p>ALIMENTATION HYDRATATION</p>  <p>Encourager l'alimentation Stimuler l'hydratation</p> | <p>ACTIVITE PHYSIQUE</p>  <p>Mobilisation précoce Eviter l'utilisation de contention Limiter l'utilisation de cathéters IV et de sonde vésicale</p> | <p>VISION</p>  <p>Utilisation des lunettes Propreté des lunettes</p> | <p>SEVRAGE ALCOOLIQUE ET TABAGIQUE</p>  <p>Etre attentif à la consommation habituelle Envisager substitutifs (jus, bière sans alcool, patch Nicotinell)</p> | <p>ELIMINATION</p>  <p>Surveiller constipation Dépister globe vésical</p> |

Le delirium est mortel mais est réversible grâce à votre vigilance !

Outil de dépistage du délirium « CAM »



① Début soudain et fluctuation des symptômes



② Inattention



④ Altération de l'état de conscience

OU



③ Désorganisation de la pensée

DELIRIUM = 1 ET 2 + 3 ou + 4

Passage d'un analgésique à un autre

| Médicament | Coefficient de conversion | Dosage | Dose de départ | Fréquence /j |
|---|---------------------------|---|--|--|
| Tramadol (<i>Contramal</i> ®, <i>Tramium</i> ®, ...) | 0,2 | 50 mg de tramadol = 10 mg de morphine PO | 50 mg (1 comprimé ou 20 gouttes à 1%) Association avec paracétamol : 37,5 mg/325 mg | Libération immédiate : 1 à 6 x Libération prolongée : 2 à 3 x |
| Fentanyl (<i>Matrifen</i> ®, <i>Durogesic</i> ®) | 100 | 25 mcg/h de fentanyl = 60 mg de morphine PO | 12,5 à 25 mcg/h | Toutes les 72 h IMC faible : toutes les 48 h |
| Buprénorphine (<i>Transtec</i> ®, <i>Temgesic</i> ®) | 1,7 | 35 mcg/h de buprénorphine = 60 mg de morphine PO | Patch : 17,5 à 35 mcg/h | Toutes les 96 h |
| Oxycodone (<i>Oxycontin</i> ®, <i>Oxynorm</i> ®) | 2 | 5 mg d'oxycodone = 10 mg de morphine PO | Libération immédiate : 2,5 à 5 mg Libération prolongée : 10 mg | Libération immédiate : 1 à 6 x Libération prolongée : 2 x |
| Hydromorphone (<i>Palladone</i> ®) | 7,5 | 4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine PO | Libération immédiate : 1,3 mg Libération prolongée : 4 mg | Libération immédiate : 1 à 6 x Libération prolongée : 2 x |



Pourquoi le patient prend-il un BZRA?

En cas de doute, vérifier ses antécédents: anxiété, consultations antérieures en psychiatrie, amorcé en milieu hospitalier pour traiter un trouble du sommeil, ou une réaction de deuil.

- Insomnie seule OU insomnie avec gestion de comorbidités sous-jacentes
- **Pour ceux dont l'âge ≥ 65 ans** : prise de BZRA, indépendamment de la durée (éviter comme traitement de première ligne chez les personnes âgées)
- **Entre 18-64 ans** : prise de BZRA > 4 semaines

- Autres problèmes de sommeil (p. ex. syndrome des jambes sans repos)
- Anxiété non gérée, dépression, problème de santé physique ou mentale qui pourrait causer ou aggraver l'insomnie
- Benzodiazépines spécifiquement efficaces contre l'anxiété
- Sevrage alcoolique

Impliquer les patients (Discuter avec eux des risques potentiels, avantages, plan de sevrage, symptômes et durée)

Recommander la déprescription

Réduire les doses puis cesser la prise du BZRA

(Réduire graduellement les doses en collaboration avec le patient; p.ex. -25 % à chaque quinzaine et, si possible, 12,5 % de réduction vers la fin et/ou planification de jours sans médicament)

- **Patients âgés de plus de 65 ans** (forte recommandation selon une revue systématique et approche GRADE)
- **Patients âgés entre 18-64 ans** (recommandation faible selon une revue systématique et approche GRADE)
- Offrir des conseils sur les comportements liés au sommeil; envisager la TCC, si disponible (voir au verso)

Continuer BZRA

- Minimiser l'utilisation de substances qui aggraver l'insomnie (caféine, alcool, etc.)
- Traiter les troubles sous-jacents
- Envisager la consultation d'un psychologue, psychiatre, spécialiste du sommeil

Suivi toutes les 1-2 semaines pendant la réduction des doses

Bienfaits attendus

- Peut améliorer la vigilance et la cognition; peut diminuer la sédation diurne et les chutes

Symptômes de sevrage

- Insomnie, anxiété, irritabilité, sudation, symptômes gastro-intestinaux (tous sont habituellement légers et durent de quelques jours à quelques semaines)

Utiliser des approches non pharmacologiques pour gérer l'insomnie

Utiliser des approches comportementales et/ou TCC (voir au verso)

En cas de réapparition des symptômes : Envisager

- Maintien de la dose de BZRA actuelle pour 1-2 semaines, puis reprendre la réduction des doses très graduellement

Autres médicaments

- D'autres médicaments peuvent être utilisés pour gérer l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et efficacité dépasse le cadre du présent algorithme. Pour de plus amples renseignements, consulter les lignes directrices pour la déprescription de BZRA.

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence Internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0.
Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.





Disponibilité des BZRA

| BZRA | Strength |
|----------------------------------|--------------------------|
| Alprazolam (Xanax®) † | 0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg |
| Bromazépam (Lectopam®) † | 1,5 mg 3 mg 6 mg |
| Chlordiazépoxide (Librax®) † | 5 mg 10 mg 25 mg |
| Clonazépam (Rivotril®) † | 0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg |
| Clorazépate (Tranxene®) † | 3,75 mg 7,5 mg 15 mg |
| Diazépam (Valium®) † | 2 mg 5 mg 10 mg |
| Flurazépam (Dalmane®) † | 15 mg 30 mg |
| Lorazépam (Ativan®) †, S | 0,5 mg 1 mg 2 mg |
| Nitrazépam (Mogadon®) † | 5 mg 10 mg |
| Oxazépam (Serax®) † | 10 mg 15 mg 30 mg |
| Temazépam (Restoril®) † | 15 mg 30 mg |
| Triazolam (Halcion®) † | 0,125 mg 0,25 mg |
| Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) † | 5 mg 7,5 mg |
| Zolpidem (Sublinox®) †, S | 5 mg 10 mg |

T = comprimé, C = capsule, S = comprimé sublingual

Effets secondaires des BZRA

- Les BZRA ont été associés à :
 - dépendance physique, chutes, troubles de la mémoire, démence, incapacités fonctionnelles, sédation diurne et accidents de la route
- Risques accrus chez les personnes âgées

Participation des patients et des soignants

Les patients doivent comprendre :

- Les raisons justifiant la déprescription (risques liés à l'usage continu de BZRA, efficacité réduite à long terme)
- Des symptômes de sevrage (insomnie, anxiété) peuvent se manifester, mais ils sont habituellement légers, passagers et de court terme (quelques jours à quelques semaines)
- Ils font partie du plan de réduction des doses, et peuvent contrôler le rythme de réduction, ainsi que sa durée.

Réduction des doses

- Aucune donnée publiée ne montre que le changement vers un BZRA à action prolongée réduit l'incidence des symptômes de sevrage ou que cela est plus efficace que la réduction des doses d'un BZRA à action plus brève.
- Si les formes posologiques ne permettent pas une réduction de 25 %, envisager d'abord une réduction de 50 %, en intégrant des jours sans médicaments pendant la dernière partie du plan de réduction, ou utiliser le lorazépam ou oxazépam lors des dernières étapes.

Approche non-pharmacologique

Soins primaires :

- Aller se coucher seulement lorsqu'on a sommeil
- Utiliser le lit ou la chambre à coucher uniquement pour dormir (ou pour les activités intimes)
- Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le coucher ou après un réveil, il est conseillé de sortir de la chambre à coucher.
- Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le retour au lit, répéter l'étape 3.
- Utiliser l'alarme pour se réveiller à la même heure chaque matin
- Ne pas faire de sieste
- Éviter la caféine l'après-midi
- Éviter l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux dans les deux heures précédant le coucher

Soins institutionnels :

- Ouvrir les rideaux pendant le jour pour maximiser l'entrée de lumière
- Minimiser le volume des alarmes
- Augmenter l'activité pendant le jour et éviter le sommeil diurne
- Réduire le nombre de siestes (pas plus de 30 min, pas de sieste après 14 h)
- Le soir, offrir un breuvage chaud décaféiné ou du lait chaud
- Limiter la prise de nourriture, de caféine et l'usage du tabac avant le coucher
- Demander au résident d'aller à la toilette avant d'aller se coucher
- Encourager des heures de coucher et de réveil régulières
- Éviter les réveils pendant la nuit pour les soins directs
- Offrir des massages légers et des massages du dos

Utiliser la TCC

Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)?

- La TCC comprend 5-6 séances éducatives sur le sommeil et l'insomnie, le contrôle des stimuli, la restriction du sommeil, l'hygiène du sommeil, un entraînement à la relaxation et du soutien.

Est-ce que ça fonctionne?

- Plusieurs études ont démontré que la TCC améliore le sommeil, avec des effets soutenus à long terme.

Qui peut dispenser la TCC?

- Les psychologues cliniciens dispensent habituellement la TCC. D'autres intervenants peuvent aussi être formés ou offrir des programmes de renseignements sur certains aspects de la TCC; des programmes d'autothérapie sont aussi disponibles.

Où les fournisseurs de soins et les patients peuvent-ils obtenir davantage d'informations à ce sujet?

- Quelques ressources sont suggérées sur ce site : <http://sleepwells.ca/>

© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0.

Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.





Pourquoi le patient prend-il un antipsychotique?

- Psychose, agressivité, agitation (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence – SCPD) traités ≥ 3 mois (symptômes maîtrisés ou aucune réponse au traitement).

- Insomnie primaire, quelle que soit la durée de son traitement, ou insomnie secondaire, lorsque les comorbidités sous-jacentes sont prises en charge.

- Schizophrénie
- Trouble schizo-affectif
- Trouble bipolaire
- Délirium aigu
- Syndrome de la Tourette
- Tics
- Autisme
- Psychose liée à la démence durant depuis moins de 3 mois
- Déficience intellectuelle
- Retard de développement
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Alcoolisme
- Cocaïnomanie
- Psychose associée à la maladie de Parkinson
- Ajout au traitement d'un trouble dépressif majeur

Recommander la déprescription

Fortement recommandation (selon la revue systématique et la méthode GRADE)
Réduire et cesser l'utilisation de l'AP (graduellement, en collaboration avec le patient ou son soignant; p. ex. réduction de 25 % à 50 % de la dose toutes les une à deux semaines).

Cesser l'AP

Recommandé selon les bonnes pratiques.

Suivi toutes les une à deux semaines pendant la réduction graduelle

Bienfaits attendus :

- Peut améliorer la vivacité et la démarche ainsi que diminuer les chutes ou les symptômes extrapyramidaux

Événements indésirables liés au sevrage (surveillance étroite dans le cas des patients présentant des symptômes de SCPD initiaux graves):

- Psychose, agressivité, agitation, délires, hallucinations

En cas de récurrence des SCPD :

À envisager :

- Approches non médicamenteuses (p. ex. thérapie par la musique, stratégies de gestion du comportement)

Reprise de traitement :

- En cas de réapparition des SCPD, reprendre l'AP à la plus faible dose possible et tenter la déprescription après trois mois. Au moins deux tentatives de cessation devraient être faites.

Autres médicaments :

- Envisager de remplacer par la rispéridone, l'olanzapine ou l'aripiprazole

Continuer l'AP

ou consulter un psychiatre si la déprescription est envisagée.

En cas de récurrence de l'insomnie :

À envisager :

- Diminuer autant que possible la consommation de substances qui aggravent l'insomnie (p. ex. caféine, alcool).
- Approches comportementales sans médicaments (voir l'endos).

Médicaments substitués

- D'autres médicaments sont utilisés pour traiter l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et de leur efficacité dépasse la portée du présent algorithme de déprescription. Consultez les directives de déprescription des AP pour plus de détails.

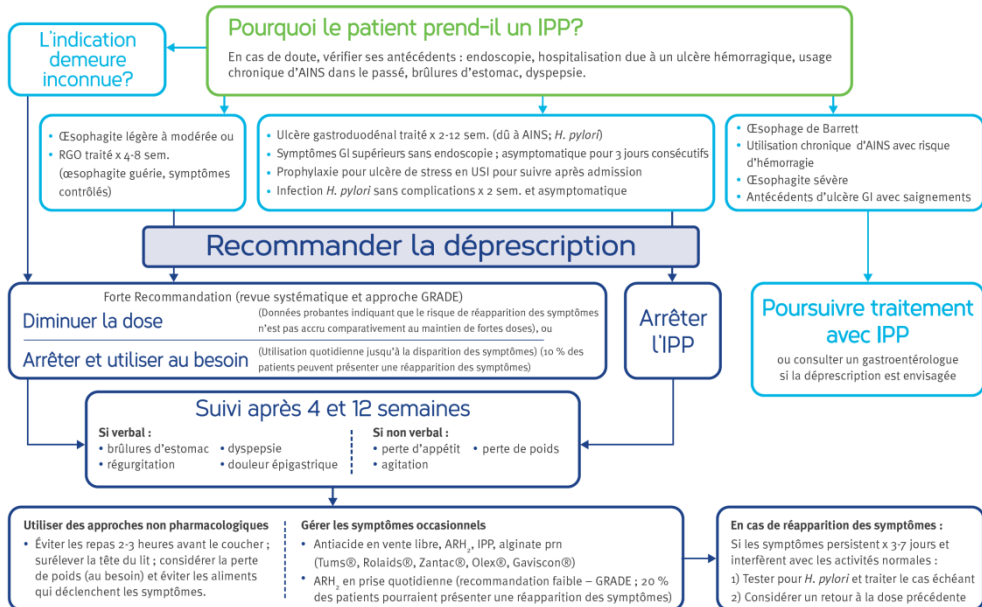
Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale ShareAlike 4.0.

Contact deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.







*ERASME (1466-69 – 1536)



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital Erasme

Route de Lennik 808 – B- 1070 Bruxelles

T 02 555 31 11 – M webmaster@erasme.ulb.ac.be

Département des produits médico-pharmaceutiques

T +32 (0) 2 555 39 08 – F +32 (0) 2 555 44 97

M service.pharmacie@hubruxelles.be

www.erasme.ulb.ac.be