

## Annexe

La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. Pharmactuel 2015;49:61-64.

*STOPP/START.v2, adaptation en langue française*

*Pour une personne d'un âge égal ou supérieur à 65 ans, la prise de ces médicaments est potentiellement inappropriée dans les circonstances décrites ci-dessous.*

### Section A : Indication de prescription

- A1.** Tout médicament prescrit sans indication clinique (aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire; inhibiteur de la pompe à protons [IPP] sans atteinte œsogastrique récente) – [surprescription]
- A2.** Tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée, si elle est définie – [surprescription]
- A3.** Toute duplication de prescription d'une classe médicamenteuse (deux benzodiazépines, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine [ISRS], diurétiques de l'anse, inhibiteurs de l'enzyme de conversion [IEC],  $\beta$ -bloquants, anticoagulants...) – [monothérapie à optimaliser avant d'envisager la duplication]

### Section B : Système cardiovasculaire

- B1.** La digoxine pour la décompensation d'une insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) conservée – [pas de preuve d'un avantage]
- B2.** Le vérapamil ou le diltiazem en présence d'une décompensation cardiaque de classe III ou IV – [risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque]
- B3.** Un  $\beta$ -bloquant en combinaison avec le vérapamil ou le diltiazem – [risque de bloc de conduction cardiaque]
- B4.** Un  $\beta$ -bloquant en présence d'une bradycardie ( $< 50$  bpm), d'un bloc atrio-ventriculaire (AV) du second ou du troisième degré – [risque de bloc complet ou d'asystolie]
- B5.** L'amiodarone en première intention pour une tachycardie supra-ventriculaire – [risque d'effets secondaires plus important que celui associé aux médicaments suivants :  $\beta$ -bloquant, digoxine, vérapamil ou diltiazem]
- B6.** Un diurétique de l'anse en première intention pour une hypertension artérielle – [d'autres médicaments plus sûrs et plus efficaces sont disponibles]
- B7.** Un diurétique de l'anse pour des œdèmes des membres inférieurs d'origine périphérique (c.-à-d. en l'absence d'insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale, ou de syndrome néphrotique) – [la surélévation des jambes et le port de bas de contention sont plus appropriés]
- B8.** Un diurétique thiazidique ou apparenté (indapamide) en présence d'une hypokaliémie ( $K^+ < 3,0$  mmol/l), d'une hyponatrémie ( $Na^+ < 130$  mmol/l), d'une hypercalcémie (calcémie corrigée  $> 2,65$  mmol/l ou  $> 10,6$  mg/dl) ou d'un antécédent d'arthrite microcristalline (goutte ou chondrocalcinose) – [risque accru de précipiter l'apparition de ces troubles métaboliques]
- B9.** Un diurétique de l'anse pour une hypertension artérielle en présence d'une incontinence urinaire – [exacerbation probable de l'incontinence]
- B10.** Un antihypertenseur à action centrale (méthyl dopa, clonidine, moxonidine, rilménidine, guanfacine) en l'absence d'une intolérance ou d'une inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs – [les antihypertenseurs à action centrale sont moins bien tolérés]
- B11.** Un IEC ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie – [risque de récurrence]
- B12.** Un antagoniste de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone) en l'absence d'une surveillance de la kaliémie (au moins semestrielle), lorsque cet antagoniste est associé à un médicament d'épargne potassique (IEC, ARA II, amiloride, triamterène) – [risque d'hyperkaliémie sévère ( $> 6,0$  mmol/l)]
- B13.** Un inhibiteur de la 5-phosphodiesterase (sildénafil, tadalafil, vardénafil) en présence d'une décompensation cardiaque sévère avec hypotension (pression systolique  $< 90$  mm Hg) ou d'un angor traité par nitrés – [risque de choc cardiovasculaire]

## Section C : Antiagrégants et anticoagulants

- C1. De l'aspirine au long cours à une dose > 160 mg/j – [risque accru de saignement sans preuve d'efficacité majorée]
- C2. De l'aspirine en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal sans prescription d'un IPP – [risque de récurrence de l'ulcère]
- C3. Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique ou récent épisode de saignement spontané important) – [risque élevé d'hémorragie]
- C4. De l'aspirine associée au clopidogrel en prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien posé depuis moins de 12 mois ou sténose carotidienne serrée symptomatique) – [hormis ces trois exceptions, pas de preuve d'un avantage par rapport à une monothérapie par clopidogrel]
- C5. De l'aspirine associée à un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une fibrillation auriculaire – [pas d'avantage supplémentaire lié à l'ajout d'aspirine, qui majore le risque de saignement]
- C6. Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en cas d'artériopathie stable (coronarienne, cérébrovasculaire ou périphérique) – [pas d'avantage supplémentaire lié à l'ajout de l'antiagrégant, qui majore le risque de saignement]
- C7. La ticlopidine dans tous les cas – [le clopidogrel et le prasugrel ont des effets secondaires moindres et une efficacité similaire]
- C8. Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pendant plus de 6 mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) sans mise en évidence d'un facteur de risque de thrombophilie – [pas d'avantage supplémentaire après 6 mois]
- C9. Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pendant plus de 12 mois pour un premier épisode d'embolie pulmonaire (EP) sans mise en évidence d'un facteur de risque de thrombophilie – [pas d'avantage supplémentaire après 12 mois]
- C10. Un AINS associé à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) – [risque accru d'hémorragie gastro-intestinale]
- C11. Un AINS en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par un IPP – [risque accru d'ulcère gastroduodéal]

## Section D : Système nerveux central et psychotropes

- D1. Un antidépresseur tricyclique en présence d'une démence, d'un glaucome à angle aigu, d'un trouble de conduction cardiaque, d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical – [risque d'aggravation par effet anticholinergique]
- D2. Un antidépresseur tricyclique en traitement de première intention pour une dépression – [risque accru d'effets secondaires par rapport aux ISRS]
- D3. Un neuroleptique à effet anticholinergique modéré à marqué (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenzine, pipotiazine, promazine, zuclophentixol) en présence d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical – [risque de globe vésical]
- D4. Un ISRS en présence d'une hyponatrémie ( $\text{Na}^+ < 130 \text{ mmol/l}$ ) concomitante ou récente – [risque d'exacerbation ou de récurrence de l'hyponatrémie]
- D5. Une benzodiazépine depuis plus de 4 semaines – [un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué (critère A1); risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chute ou d'accident de la route. Après 2 semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement puisqu'il existe une tolérance de l'effet thérapeutique et un risque de syndrome de sevrage]
- D6. Un neuroleptique (autre que la quétiapine ou la clozapine) en présence d'un syndrome parkinsonien ou d'une démence à corps de Lewy – [risque d'aggravation sévère des symptômes extrapyramidaux]
- D7. Un médicament à effet anticholinergique en traitement des effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique – [risque d'effets anticholinergiques]
- D8. Un médicament à effet anticholinergique en présence d'une démence ou d'un syndrome confusionnel – [risque d'exacerbation des troubles cognitifs]

- D9. Un neuroleptique pour un patient présentant des symptômes psycho-comportementaux associés à une démence, à moins que ces symptômes ne soient sévères et que l'approche non pharmacologique ait échoué – [risque accru de thrombose cérébrale et de décès]
- D10. Un neuroleptique pour des insomnies (à moins qu'elles ne soient dues à une psychose ou à une démence) – [risques de confusion, d'hypotension, d'effets secondaires extrapyramidaux, de chute]
- D11. Un inhibiteur de l'acétylcholinestérase en présence d'un antécédent de bradycardie persistante (< 60 bpm), de bloc de conduction cardiaque, de syncopes récidivantes inexplicables, de médicament bradycardisant ( $\beta$ -bloquant, digoxine, diltiazem, vérapamil) ou d'asthme – [risque de troubles sévères de la conduction cardiaque, de syncope, d'accident, de bronchospasme]
- D12. Une phénothiazine comme neuroleptique de première ligne (à l'exception de la prochlorpérazine pour des nausées, des vomissements ou des vertiges; de la chlorpromazine pour un hoquet persistant; de la lévomépromazine comme antiémétique en soins palliatifs) – [effets sédatifs et anticholinergiques graves; d'autres médicaments plus sûrs existent]
- D13. La L-dopa ou un agoniste dopaminergique pour des tremblements essentiels bénins ou pour un syndrome parkinsonien – [pas de preuve d'efficacité]
- D14. Un antihistaminique de première génération dans tous les cas – [d'autres antihistaminiques plus sûrs sont disponibles]

### Section E : Fonction rénale et prescriptions.

*Les six prescriptions suivantes sont potentiellement inappropriées pour une personne âgée présentant une altération aiguë ou chronique de sa fonction rénale et notamment lorsqu'un certain seuil de débit de filtration glomérulaire (DFG) est atteint (estimé par la clairance de la créatinine, selon la formule de Cockcroft-Gault et exprimée en ml/min). Se référer aux notices des médicaments et aux recommandations locales.*

- E1. La digoxine au long cours à une dose > 125 µg/j lorsque le DFG est < 30 ml/min – [risque d'intoxication]
- E2. Un inhibiteur direct de la thrombine (dabigatran) lorsque le DFG est < 30 ml/min – [risque accru de saignement]
- E3. Un inhibiteur direct du facteur Xa (rivaroxaban, apixaban) lorsque le DFG est < 15 ml/min – [risque accru de saignement]
- E4. Un AINS lorsque le DFG est < 50 ml/min – [risque d'aggravation de la fonction rénale]
- E5. La colchicine lorsque le DFG est < 10 ml/min – [risque d'intoxication]
- E6. La metformine lorsque le DFG est < 30 ml/min – [risque d'acidose lactique]

### Section F : Appareil digestif

- F1. La prochlorpérazine ou le métoclopramide en présence de symptômes extrapyramidaux – [risque d'aggravation]
- F2. Un IPP à dose maximale pendant plus de 8 semaines pour une œsophagite peptique ou un ulcère gastroduodénal non compliqué – [indication d'une réduction de la dose de l'IPP, voire de l'arrêt de ce médicament avant 8 semaines]
- F3. Un médicament à effet constipant (anticholinergiques, fer par voie orale, opiacés, vérapamil, antiacide à base de sel d'aluminium) en présence d'une constipation chronique lorsque d'autres options médicamenteuses existent – [risque de majoration de la constipation]
- F4. Du fer élémentaire à une dose > 200 mg/j par voie orale (fumarate de fer > 600 mg/j, sulfate de fer > 600 mg/j, gluconate de fer > 1 800 mg/j) – [absorption du fer inchangée au-delà de cette dose et risque de troubles digestifs]

### Section G : Appareil respiratoire

- G1. La théophylline en monothérapie pour une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) – [il existe des médicaments plus sûrs et plus efficaces; risque d'effets secondaires liés à l'indice thérapeutique étroit]
- G2. Des corticostéroïdes par voie générale plutôt que par voie inhalée pour le traitement de fond d'une BPCO modérée à sévère – [exposition inutile à des effets secondaires alors que le traitement par voie inhalée est efficace]
- G3. Un bronchodilatateur anticholinergique (ipratropium, tiotropium) en présence d'un glaucome à angle aigu – [risque d'exacerbation du glaucome] ou d'un obstacle à la vidange de la vessie – [risque de rétention urinaire]
- G4. Un  $\beta$ -bloquant non cardio-sélectif (p. ex. sotalol, carvedilol, pindolol, propranolol), par voie orale ou locale (glaucome), en présence d'un antécédent d'asthme nécessitant un traitement bronchodilatateur – [risque de bronchospasme]
- G5. Une benzodiazépine en présence d'une insuffisance respiratoire aiguë ou chronique ( $pO_2$  < 60 mm Hg ou  $SaO_2$  < 89 % ou < 8,0 kPa ou/et  $pCO_2$  > 6,5 kPa ou > 50 mm Hg) – [risque d'aggravation de l'insuffisance respiratoire]

## **Section H : Appareil musculo-squelettique**

- H1.** Un AINS en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodénal ou de saignement digestif, sans traitement gastro-protecteur par IPP ou anti-H2 – [risque de récurrence de l'ulcère peptique]
- H2.** Un AINS en présence d'une hypertension artérielle sévère – [risque de majoration de l'hypertension] ou d'une insuffisance cardiaque sévère – [risque de décompensation cardiaque]
- H3.** Un AINS au long cours (> 3mois) en première ligne pour une douleur arthrosique – [un analgésique comme le paracétamol est préférable et habituellement efficace pour soulager les douleurs arthrosiques modérées]
- H4.** Une corticothérapie au long cours (> 3 mois) en monothérapie pour une polyarthrite rhumatoïde – [risque d'effets secondaires de la corticothérapie]
- H5.** Une corticothérapie par voie orale ou locale (injections intra-articulaires admises) pour une douleur d'arthrose – [risque d'effets secondaires systémiques de la corticothérapie]
- H6.** Un AINS ou la colchicine au long cours (> 3 mois) pour le traitement de fond de la goutte, en l'absence d'un inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol ou fébuxostat), sauf si ce dernier est contre-indiqué – [un inhibiteur de la xanthine-oxydase représente le traitement de premier choix pour la prévention des crises de goutte]
- H7.** Un AINS ou un inhibiteur sélectif de la COX-2, en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère) – [risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale]
- H8.** Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par IPP – [risque accru d'ulcère gastroduodénal]
- H9.** Un bisphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, œsophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique ou saignement digestif haut) – [risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute]

## **Section I : Appareil urinaire**

- I1.** Un médicament à effets anticholinergiques en présence d'une démence, d'un déclin cognitif chronique – [risque d'une majoration de la confusion, d'agitation], d'un glaucome à angle fermé – [risque d'exacerbation du glaucome] ou d'un prostatisme persistant – [risque de globe vésical]
- I2.** Un  $\alpha$ 1-bloquant (tamsulosine, térazocine) en présence d'une hypotension orthostatique symptomatique ou de syncope post-mictionnelle – [risque de syncopes récurrentes]

## **Section J : Système endocrinien**

- J1.** Une sulphonylurée à longue durée d'action (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide à libération prolongée) pour un diabète de type 2 – [risque d'hypoglycémies prolongées]
- J2.** Une thiazolidinédione (rosiglitazone, pioglitazone) en présence d'une décompensation cardiaque – [risque de majoration de la décompensation cardiaque]
- J3.** Un  $\beta$ -bloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – [risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener le taux d'HbA1c entre 7,5 et 8,5 % (59 et 69 mmol/ml) pour les patients âgés fragiles]
- J4.** Des œstrogènes en présence d'un antécédent de cancer du sein ou d'épisode thromboembolique veineux – [risque accru de récurrence]
- J5.** Des œstrogènes par voie orale ou transdermique sans progestatifs associés pour une patiente non hystérectomisée – [risque de cancer endométrial]
- J6.** Des androgènes en l'absence d'un hypogonadisme confirmé – [risque de toxicité aux androgènes; absence d'avantage thérapeutique prouvé en dehors de l'hypogonadisme]

## **Section K : Médicaments majorant le risque de chute**

- K1.** Une benzodiazépine dans tous les cas – [effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre]
- K2.** Un neuroleptique dans tous les cas – [effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux]

- K3.** Un vasodilatateur ( $\alpha$ 1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, IEC, ARA II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique  $\geq 20$  mm Hg ou diastolique  $\geq 10$  mm Hg lors de la verticalisation) – [risque de syncopes, de chutes]
- K4.** Un hypnotique Z (zopiclone, zolpidem, zaleplon) – [risque de sédation, d'ataxie]

### **Section L : Antalgiques**

- L1.** Un opiacé fort en première ligne pour une douleur légère (par voie orale ou transdermique; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, diamorphine, méthadone, tramadol, pethidine, pentazocine) – [non-respect de l'échelle OMS de la douleur]
- L2.** Un opiacé en traitement de fond (c.-à-d. non à la demande) sans la prescription concomitante d'un traitement laxatif – [risque de constipation sévère]
- L3.** Un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate – [risque de persistance des pics douloureux]

### **Section M : Charge anticholinergique**

- M1.** Une utilisation concomitante de plusieurs ( $\geq 2$ ) médicaments à effets anticholinergiques (p. ex. antispasmodique vésical ou intestinal, antidépresseur tricyclique, antihistaminique de première génération) – [risque de toxicité anticholinergique]

Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée : amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine; hydroxyzine, méclizine, prométhazine; clozapine, lévomépromazine; bipéridène, procyclidine, trihexyphénidyle; fésotérodine, flavoxate, oxybutynine, proprivéline; solifénacine, toltérodine; ipratropium; butylhyoscine, tizanidine, scopolamine.

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, sécheresse buccale, sécheresse oculaire, tachycardie, nausées, constipation, dysurie, rétention vésicale.

## **Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2 (START.v2)**

*Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide pour une personne d'un âge égal ou supérieur à 65 ans, hors situation de fin de vie.*

*Le prescripteur aura vérifié toutes les contre-indications propres à ces traitements médicamenteux avant de les recommander aux patients âgés.*

### **Section A : Système cardiovasculaire**

- A1.** En présence d'une fibrillation auriculaire (paroxystique, persistante ou permanente) : anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation auriculaire induite par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent : seul l'anti-vitamine K est recommandé – [risque cardio-embolique élevé]
- A2.** En présence d'une fibrillation auriculaire et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation : aspirine (75 mg à 160 mg/jour) – [risque cardio-embolique élevé]
- A3.** En présence d'une athérosclérose coronarienne, cérébrovasculaire ou périphérique : antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, prasugrel, ticagrélor) – [réduction des événements ischémiques]
- A4.** En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique  $> 160$  mm Hg et/ou diastolique  $> 90$  mm Hg) : antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuils d'hypertension artérielle à préférer sont de 140 mm Hg (systolique) et de 90 mm Hg (diastolique) – [réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire]
- A5.** En présence d'une athérosclérose coronarienne, cérébrovasculaire ou périphérique pour un patient de moins de 85 ans : statine – [réduction des événements ischémiques]
- A6.** En présence d'une insuffisance cardiaque systolique ou/et d'une maladie coronarienne : IEC – [réduction de la morbi-mortalité cardiaque]

- A7. En présence d'une cardiopathie ischémique :  $\beta$ -bloquant – [réduction de la morbi-mortalité cardiaque]
- A8. En présence d'une insuffisance cardiaque systolique stable : traitement  $\beta$ -bloquant validé (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol) – [réduction de la morbi-mortalité cardiaque]

### **Section B : Appareil respiratoire**

- B1. En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade léger à modéré : inhalation régulière d'un agoniste  $\beta$ 2-adrénergique ou d'un anti-muscarinique bronchodilatateur (ipratropium, tiotropium) – [soulagement des symptômes]
- B2. En présence d'un asthme ou d'une BPCO de stade modéré à sévère, lorsque le volume expiratoire forcé durant la première seconde (VEF1) est < 50 % ou lorsque des exacerbations nécessitent une corticothérapie orale : prise régulière d'un corticostéroïde inhalé – [soulagement des symptômes, diminution des exacerbations]
- B3. En présence d'une hypoxie chronique documentée ( $pO_2 < 60$  mm Hg ou < 8,0 kPa, ou  $SaO_2 < 89$  % à l'air ambiant) : oxygénothérapie de longue durée – [augmentation de l'espérance de vie]

### **Section C : Système nerveux central et œil**

- C1. En présence d'une maladie de Parkinson de forme idiopathique confirmée, responsable d'un retentissement fonctionnel significatif : L-DOPA ou agoniste dopaminergique – [premier choix pour le soulagement des symptômes]
- C2. En présence de symptômes dépressifs majeurs persistants : antidépresseur non tricyclique – [amélioration des formes sévères de dépression]
- C3. En présence d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré ou d'une maladie à corps de Lewy : inhibiteur de l'acétylcholinestérase (maladie d'Alzheimer : donépézil, rivastigmine, galantamine; maladie à corps de Lewy : rivastigmine) – [amélioration limitée des fonctions cognitives]
- C4. En présence d'un glaucome primaire à angle ouvert : traitement topique par analogue des prostaglandines, prostamide ou  $\beta$ -bloquant – [diminution de la pression intraoculaire]
- C5. En présence d'une anxiété sévère persistante : ISRS. En cas de contre-indication aux ISRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ou prégabaline – [médicaments plus appropriés que les benzodiazépines pour un traitement prolongé]
- C6. En présence d'un syndrome des jambes sans repos, après avoir écarté une carence martiale et une insuffisance rénale sévère, un: agoniste dopaminergique (ropinirole, pramipexole, rotigotine) – [amélioration des symptômes, de la qualité du sommeil et de la qualité de vie]

### **Section D : Appareil digestif**

- D1. En présence d'un reflux gastro-œsophagien sévère ou d'une sténose peptique nécessitant une dilatation : IPP – [soulagement des symptômes]
- D2. En présence d'une maladie diverticulaire associée à un antécédent de constipation chronique : supplémentation en fibres (son, ispaghula, méthyl cellulose, sterculiacée) – [soulagement des symptômes]

### **Section E : Appareil musculo-squelettique**

- E1. En présence d'une polyarthrite rhumatoïde active et invalidante : traitement de fond par un inducteur de rémission (méthotrexate, hydroxychloroquine, minocycline, leflunomide, tocilizumab, étanercept, adalimumab, anakinra, abatecept, infliximab, rituximab, certolizumab, golimumab) – [ralentissement de l'évolution de la maladie]
- E2. En cas de corticothérapie systémique au long cours (> 3 mois) : supplémentation en vitamine D et en calcium et traitement par biphosphonates – [prévention de l'ostéoporose cortico-induite]
- E3. En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie) : supplémentation en vitamine D (cholécalférol : 800-1 000 UI/jour) et en calcium (1-1,2 g/jour) – [prévention des fractures osseuses]
- E4. En présence d'une ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score < -2,5 DS) ou d'un antécédent de fracture de fragilité (spontanée ou par traumatisme à basse énergie) : traitement inhibiteur de la résorption osseuse ou anabolique osseux – [prévention des fractures osseuses]
- E5. En présence d'un confinement au domicile, de chutes ou d'une ostéopénie (densitométrie osseuse : -2,5 DS < T-score < -1,0 DS) : supplémentation en vitamine D (cholécalférol : 800-1 000 UI/jour) – [prévention de l'ostéoporose]

- E6. En présence de goutte clinique (crises, arthropathie, tophus) ou radiographique : traitement de fond par un inhibiteur de la xanthine oxydase (allopurinol, fébuxostat) – [prévention des crises de goutte]
- E7. En cas de traitement par méthotrexate : supplémentation en acide folique – [prévention des effets indésirables gastro-intestinaux et hématologiques]

### **Section F : Système endocrinien**

- F1. En présence d'un diabète compliqué d'une néphropathie (protéinurie à la bandelette urinaire ou microalbuminurie > 30 mg/24 heures), avec ou sans insuffisance rénale biologique : IEC. En cas d'intolérance aux IEC : ARA II – [protection glomérulaire]

### **Section G : Appareil urogénital**

- G1. En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée :  $\alpha$ 1-bloquant – [diminution des symptômes]
- G2. En présence d'un prostatisme symptomatique lorsqu'une résection de la prostate n'est pas justifiée : inhibiteur de la 5-alpha-réductase – [diminution du risque de rétention urinaire aiguë et de résection prostatique]
- G3. En présence d'une vaginite atrophique symptomatique : œstrogènes locaux (crème, ovule, anneau, pessaire) – [diminution des symptômes]

### **Section H : Antalgiques**

- H1. En présence de douleurs modérées à sévères : agonistes opioïdes forts lorsque le paracétamol, les AINS, les opiacés faibles sont inadaptés à l'intensité des douleurs ou qu'ils ont été inefficaces – [soulagement de la douleur permettant d'éviter anxiété, dépression, ainsi que troubles du comportement, du sommeil et de la mobilité]
- H2. Pour une personne recevant des opiacés de façon régulière : traitement laxatif – [prévention de la constipation induite par les opiacés]

### **Section I : Vaccinations**

- I1. Vaccination annuelle contre la grippe, au début de l'automne – [prévention des hospitalisations et de la mortalité liées au virus de l'influenza]
- I2. Vaccination contre le pneumocoque avec le vaccin conjugué 13-valent ou le vaccin polysaccharidique 23-valent, sans préférence quant au moment de l'année – [prévention des infections invasives à pneumocoques]

*Abréviations : AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARA II : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II; AV : atrio-ventriculaire; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive; DFG : débit de filtration glomérulaire; EP : embolie pulmonaire; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche; IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion; IPP : inhibiteur de la pompe à protons; IRSN : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS : inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine; TVP : thrombose veineuse profonde; VEF1 : volume expiratoire forcé durant la première seconde*