

**Table 1a. Liste complète des critères STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments**

STOPP.v2 : médicament	& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
<b>médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)</b>	<b>Dans tous les cas</b>
<b>benzodiazépine</b>	<b>Dans tous les cas</b> <i>a fortiori</i> si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire
<b>Z-drug (somniafère)</b>	<b>Dans tous les cas</b> (zolpidem, zopiclone)
<b>neuroleptique</b>	<b>Dans tous les cas</b> <i>a fortiori</i> si 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 comme neuroleptique de 1 <sup>ère</sup> ligne
antidépresseur tricyclique vu effet anticholinergique	& dépression, en 1 <sup>ère</sup> ligne & démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
antidépresseur ISRS	& hyponatrémie (Na <sup>+</sup> < 130mmol/l) concomitante ou récente
inhib. acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexpliquées
L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
opiacé fort	& douleur légère, en 1 <sup>ère</sup> ligne
aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodéal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2 <sup>d</sup> aire 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 <b>Dans tous les cas, la ticlopidine</b>
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)
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 1 <sup>ère</sup> 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
diurétique thiazidique	& trouble électrolytique (K <sup>+</sup> < 3,0 mmol/l ; Na <sup>+</sup> < 130mmol/l ; ou Ca <sup>++</sup> corrigé > 2,65mmol/l) & arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose)
diurétique de l'anse	& hypertension artérielle, en 1 <sup>ère</sup> 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, α <sub>1</sub> -bloquant, nitré)
metformine	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
<b>sulphonylurée à longue durée</b>	<b>Dans tous les cas</b> de diabète type 2 (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide)
thiazolidinédione	& décompensation cardiaque
oestrogènes (voie orale ou transdermique)	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux & utérus présent, sans traitement progestatif
androgènes	& hypogonadisme non-confirmé

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

**Abréviations** : anti-H2 : anti-histaminique H2 ; ARAII : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; AV : atrio-ventriculaire ; AVK : anti-vitamine K ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive, bpm : battements par minute ; CI : contre-indication ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; EP : embolie pulmonaire ; FA : fibrillation atriale ; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche ; gén. : génération ; HTA : hypertension artérielle ; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; inhib. : inhibiteur ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; IR : insuffisance rénale ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; OMI : oedèmes des membres inférieurs ; TVP : thrombose veineuse profonde

STOPP.v2 : médicament	& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
<b>D</b>	IPP & dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodéal non-complicé
<b>I</b>	fer & dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale
<b>G</b>	métoclopramide & syndrome parkinsonien médicament à effet constipant & constipation chronique, lorsque des alternatives existent
<b>R</b>	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 & antécédent d'ulcère gastroduodéal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1 <sup>ère</sup> ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosol)
<b>H</b>	biphosphonate (voie orale) & atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
<b>U</b>	colchicine & insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosol
<b>M</b>	corticothérapie & douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois
<b>A</b>	corticothérapie & BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
<b>T</b>	théophylline & BPCO, en monothérapie
<b>O</b>	bronchodilatateur & glaucome à angle aigu anticholinergique & obstacle à la vidange de la vessie
<b>R</b>	<b>antihistaminique 1<sup>ère</sup> gén.</b> <b>Dans tous les cas</b>
<b>E</b>	anticholinergique & démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé
<b>S</b>	(bronchodilatateur, antiH <sub>1</sub> , & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique
<b>P</b>	antispasmodique,...) ≥ 2 en même temps

**Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales**

START.v2 : situation médicale	→ médicament : envisager de le débiter
<b>L</b>	chutes, ostéopénie, confinement → vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
<b>O</b>	ostéoporose ± fracture de fragilité → vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
<b>C</b>	corticothérapie systémique (>3mois) → vitamine D + calcium + biphosphonate
<b>O</b>	polyarthrite rhumatoïde active → inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
<b>M</b>	méthotrexate → acide folique goutte clinique ou radiographique → inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
<b>C</b>	hypertension persistante (>160/90) → antihypertenseur, à initier ou majorer
<b>A</b>	fibrillation auriculaire → anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
<b>R</b>	athérosclérose clinique → antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
<b>D</b>	cardiopathie ischémique → IECA + β-bloquant
<b>I</b>	insuffisance cardiaque systolique → IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
<b>O</b>	diabète avec néphropathie → IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
<b>N</b>	anxiété sévère persistante → ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
<b>E</b>	symptômes dépressifs majeurs → antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
<b>U</b>	maladie de Parkinson → L-DOPA ou agoniste dopaminergique
<b>R</b>	maladie d'Alzheimer, légère-moderée → inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
<b>O</b>	maladie à corps de Lewy → rivastigmine syndrome des jambes sans repos → agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
<b>N</b>	opiacés régulièrement → laxatif
<b>E</b>	douleurs modérées à sévères → agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
<b>S</b>	pics douloureux non-couverts → opiacé à action rapide
<b>P</b>	glaucome primaire à angle ouvert → traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
<b>I</b>	asthme ou BPCO → bronchodilatateur (β <sub>2</sub> -adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
<b>D</b>	hypoxie chronique → oxygénothérapie
<b>I</b>	vaccination → anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
<b>G</b>	reflux/sténose œsophagien sévère → IPP maladie diverticulaire → si constipation chronique: supplémentation en fibres
<b>U</b>	vaginite atrophique symptomatique → oestrogènes locaux
<b>G</b>	prostatisme symptomatique → α <sub>1</sub> -bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée