**TIME to START- MÉDICAMENTS APPROPRIÉS POUR COMMENCER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES**

**Il existe une indication et un bénéfice potentiel à utiliser ce groupe de médicaments dans les conditions qui sont incluses dans les critères, mais ils peuvent souvent être négligés dans la pratique clinique ou ne sont pas administrés en raison de l'âge avancé, sans raison supplémentaire valable. Le fait de ne pas utiliser ces médicaments dans la situation conforme aux critères est considéré comme un « usage de médicaments potentiellement inapproprié ». Les cliniciens doivent prendre leurs décisions en tenant compte des avantages et des inconvénients potentiels du médicament chez le patient (équilibre avantages-inconvénients), l'espérance de vie attendue et les objectifs de traitement déterminés en fonction des préférences du patient/soignant, avec toutes les caractéristiques du patient. Les cliniciens peuvent juger approprié de ne pas utiliser ce groupe de médicaments dans certains cas.**

*Pour faciliter l'utilisation clinique, les explications ajoutées à certains critères sont données en italique et avec le préfixe \* immédiatement après les critères.*

### *Les références; contiennent les références concernant les critères et, le cas échéant, celles sur les explications.*

**Les critères de TIME-to-START (avec référence et explication)**

**A: Les critères du système cardiovasculaire.**

**A1. Il convient de débuter un traitement antiplaquettaire (aspirine ou clopidogrel) en prévention secondaire chez les patients atteints de maladie coronarienne athéroscléreuse documentée (antécédents de syndrome coronarien aigu/angioplastie coronaire ou stenting/pontage aorto-coronarien/anévrisme de l'aorte abdominale), de maladie cérébrovasculaire athéroscléreuse documentée (antécédents d'AVC ischémique/AIT/antécédent d'endartériectomie carotidienne ou pose d'un stent) et de maladie artérielle symptomatique des membres inférieurs.**

*\*L'initiation d'aspirine pour la prévention cardiovasculaire primaire n'est pas appropriée dans la plupart des cas (en raison du risque accru de saignement intracrânien et gastro-intestinal et du bénéfice limité).*

**A2. Il est approprié d'initier un traitement par statine par prévention chez les patients présentant une coronaropathie athéroscléreuse documentée (antécédents de syndrome coronarien aigu/angioplastie coronaire ou stenting/pontage aortocoronarien/anévrisme de l'aorte abdominale), maladie cérébrovasculaire documentée (antécédents d'accident vasculaire cérébral ischémique/AIT/antécédent d'endartériectomie carotidienne ou de stenting) et chez les pateints atteints de maladie artérielle périphérique.**

**\****Le bénéfice attendu d'une statine est faible chez les patients ayant une espérance de vie < 2 ans, ceux atteints de démence terminale et ceux âgés de > 85 ans; Les effets secondaires des statines (myopathie, toxicité hépatique, etc.) sont plus fréquents.*

*\*Dans ces cas, la décision de traitement par statine doit être déterminée en informant le patient/proche du patient et par le principe de la prise de décision conjointe.*

**A3. Il est approprié d'initier un traitement antihypertenseur chez les patients dont la pression artérielle systolique est constamment > 160 mmHg et/ou la pression artérielle diastolique est constamment > 90 mmHg.**

**A4. En présence de FA chronique non valvulaire, il convient d'initier des OAC (antagonistes de la vitamine K, inhibiteurs directs de la thrombine ou inhibiteurs du facteur Xa) compte tenu du score CHA2DS2-VASc.**

*\** *Il est recommandé de privilégier les anti-vitamines K (NOAC) aux anti-vitamines K.*

**A5. En présence d'une insuffisance cardiaque systolique (FE <= 40 %) ou d'un IM avec élévation du segment ST, il convient d'initier un traitement par inhibiteur de l'ECA.**

**A6. En présence d'insuffisance cardiaque systolique (FE<= 40 %) ou de cardiopathie ischémique (due à l'effet anti-angineux dans la cardiopathie ischémique chronique/effet de réduction de la mortalité dans la période post-IM), il convient de commencer un traitement par bêta-bloquant (bisoprolol/libération prolongée succinate de métoprolol/carvédilol/nébivolol dans l'IC systolique) ; tout bêta-bloquant dans les cardiopathies ischémiques)**

*\*Le traitement par bêtabloquants peut être interrompu 3 ans après un infarctus du myocarde, compte tenu du rapport avantage-inconvénient potentiel.*

**B Les critères du système central nerveux.**

**B1. Il convient de débuter un traitement antidépresseur en présence d'un trouble dépressif majeur.**

**B2. En présence d'une anxiété persistante et sévère affectant la fonctionnalité, il est approprié d'initier un traitement par ISRS (IRSN ou prégabaline si l'ISRS est contre-indiqué).**

*\*La buspirone en monothérapie peut être utilisée dans le traitement de l'anxiété chez les patients qui ne bénéficient pas des ISRS ou qui ne tolèrent pas les ISRS, s'il n'y a pas de dépression associée.*

**#B3. Il est approprié de commencer le traitement par ChEi au stade précoce et moyen de la maladie d'Alzheimer.**

*\*Il existe des preuves pour commencer un traitement par ChEi dans la maladie d'Alzheimer.*

*\*Il existe des preuves et l'approbation de la FDA pour les 3 inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) dans la maladie d'Alzheimer précoce à modérée*

*\*Il existe des preuves et une approbation de la FDA pour le donépézil dans le traitement de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.*

*\*Il existe des preuves et l'approbation de la FDA pour l'initiation de la rivastigmine dans la démence de la maladie de Parkinson. Il existe des études montrant que le donépézil peut être bénéfique dans la démence de la maladie de Parkinson.*

*\*Il n'existe aucune preuve définitive de l'utilisation du ChEi dans la démence à corps de Lewy et la démence vasculaire, mais son utilisation peut être recommandée.*

*\*Des études montrent que le donépézil et la rivastigmine peuvent être bénéfiques dans la démence à corps de Lewy. L'approbation de la FDA n'est disponible pour aucun des ChEi dans la démence à corps de Lewy*

*\*Des études montrent que les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent être bénéfiques dans la démence vasculaire. L'approbation de la FDA pour la démence vasculaire n'est disponible pour aucun de leurs ChEi.*

**#B4. Il est approprié de commencer un traitement à la mémantine dans la maladie d'Alzheimer modérée à avancée.**

*\*La mémantine peut également être efficace dans la démence vasculaire.*

*\*La mémantine peut être bénéfique dans les symptômes comportementaux et psychiatriques de la démence (SCPD).*

**#B5. Il est approprié d'initier un traitement au propranolol ou à la pyrimidone chez les patients présentant un tremblement essentiel affectant la fonctionnalité.**

*\*Pyrimidon n'est pas approuvé par la FDA.*

*\*Les effets secondaires de la pyrimidone (sédation, vertiges et nausées) sont fréquents. Lorsqu'il est utilisé, il doit être démarré à faible dose et augmenté lentement.*

**B6. Le traitement par L-dopa est approprié en présence de la maladie de Parkinson idiopathique qui provoque un trouble fonctionnel et une invalidité.**

**B7. Lorsque les fluctuations motrices on-off commencent chez les patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique, il est approprié d'ajouter un inhibiteur de la MAO-B ou un inhibiteur de la COMT au traitement par L-dopa.**

**B8. Chez les patients atteints du syndrome des jambes sans repos chez lesquels une carence en fer et une insuffisance rénale chronique ont été exclus, des inhibiteurs calciques alpha-2-delta (prégabaline, gabapentine) ou des agonistes dopaminergiques (pramipexole/ropinirole/rotigotine) doivent être administrés si les symptômes affectent négativement la qualité de la vie.**

*\*Un traitement par L-dopa (50-200 mg) peut être approprié, en particulier en cas de symptômes intermittents. Il peut également être préféré dans les cas symptomatiques d'insuffisance rénale.*

**C: Les critères du système gastrointestinale.**

**C1. En cas de constipation symptomatique ne répondant pas aux changements de mode de vie (régime-exercice), il convient d'exclure le bouchon fécal et de commencer le support en fibres (psyllium, méthylcellulose, polycarbophile, dextrine de blé) ou en polyéthylèneglycol.**

**D: Les critères du système respiratoire.**

**D1. Il est approprié d'initier un traitement par agoniste bêta2 inhalé ou anticholinergique régulier chez les patients souffrant d'asthme léger à modéré ou de BPCO.**

**D2. Il est approprié d'initier une corticothérapie inhalée régulière chez les patients souffrant d'asthme modéré à sévère ou de BPCO avec un VEMS < 50 % et des exacerbations récurrentes nécessitant une corticothérapie orale.**

**D3. Il est approprié de commencer une oxygénothérapie continue à domicile chez les patients souffrant d'hypoxémie chronique (pO2<= 55 mmHg ou SO2<= 88%)**

**E: Critères musculo-squelettiques et médicaments analgésiques.**

**#E1. Il convient d'initier un traitement substitutif chez les patients dont l'apport alimentaire quotidien en vitamine D est inférieur à 800-1000 UI ou l'apport en calcium élémentaire <1000-1200 mg.**

**E2. Il est approprié d'initier un anti-résorptif (bisphosphonate, denosumab) ou un anabolisant (analogue de la parathormone) chez les patients présentant une ostéoporose documentée [avec une fracture de fragilité et/ou un score T de densitométrie osseuse (fémur total, col fémoral ou lombaire <-2,5]**

*\* Le traitement doit également inclure un apport adéquat en vitamine D et en calcium élémentaire.*

**E3. Chez les patients qui commence une corticothérapie systémique à long terme (durée prévue ≥ 3 mois) : i) chez les patients qui recevront ≥ 7,5 mg/jour de prednisolone ou une corticothérapie équivalente, ii) le traitement par bisphosphonates est approprié chez tous les patients recevant une corticothérapie indépendante de la dose si le T-score est < -1.**

*\*Dans les cas âgés de >=70 ans, il peut être approprié d'initier un traitement par bisphosphonates chez tous les patients qui recevront une corticothérapie à long terme (>3 mois) indépendante de la dose.*

*\*Le traitement doit également inclure un apport adéquat en vitamine D et en calcium essentiel.*

**E4. Il est approprié d'initier un traitement antirésorptif à action prolongée après l'arrêt d'au moins deux doses de denosumab (risque accru de rebond BTM, de perte de DMO et de fracture vertébrale suite à l'arrêt du denosumab)**

*\* L'effet rebond est plus prononcé chez les patients dont le traitement par denosumab est arrêté après deux doses.*

**#E5.** **Il est approprié de commencer un traitement antirésorptif après un traitement par tériparatide.**

**E6. En présence d'une maladie rhumatologique chronique active, il convient d'initier un traitement modificateur de la maladie.**

**E7. Il est approprié de commencer une supplémentation en acide folique chez les patients prenant du méthotrexate.**

**E8. Il est approprié de commencer un inhibiteur de la xanthine oxydase (principalement l'allopurinol) chez les patients présentant des crises de goutte récurrentes.**

**E9. Dans les cas où d'autres antalgiques (paracétamol, AINS ou opioïdes légers) ne suffisent pas dans le traitement de la douleur modérée à sévère, il convient d'initier un traitement opioïde d'action forte.**

**E10. Chez les patients souffrant de douleurs chroniques et utilisant des opioïdes de longue durée d'action, en présence de douleurs de fuite (douleur percée : douleur intense intermittente), il est approprié d'ajouter au traitement des opioïdes de courte durée d'action (risque de douleur intense incontrôlable).**

**F: Critères du système endocrinien.**

**F1. En présence d'une protéinurie manifeste (> 300 mg/jour) ou d'une microalbuminurie (> 30 mg/jour) chez les patients atteints de diabète sucré, il est approprié d'initier un traitement par IECA ou ARA.**

*\*Chez les patients atteints d'insuffisance rénale, une augmentation du taux de créatinine sérique est attendue au cours de la période initiale de traitement par IEC ou ARA.*

*\*Si cette augmentation est inférieure à 30%, il est recommandé de poursuivre le traitement.*

*\*Bien qu'il n'y ait pas de de niveau de contre-indication absolue pour l'instauration d'un IECA ou d'un ARA, il peut ne pas être recommandé pour les patients ayant un taux de créatinine sérique > 3,0 mg/dl. \*Chez les patients diabétiques, les taux sériques de créatinine et de potassium doivent être surveillés dans les 1 à 2 semaines suivant le début du traitement par IECA-ARA, à chaque augmentation de dose et au moins une fois par an (risque d'hyperkaliémie et de détérioration rénale).*

**G: Critères du système urogénital.**

**#G1. L'utilisation d'inhibiteurs des récepteurs alpha-1 est appropriée chez les patients présentant des SBAU (symptômes des voies urinaires inférieures) modérés à sévères (score IPSS) pour lesquels la prostatectomie n'est pas indiquée.**

**#G2. Chez les patients présentant des SBAU (symptômes des voies urinaires inférieures) modérés à sévères (score IPSS) pour lesquels la prostatectomie n'est pas indiquée, si le volume de la prostate est > 30-40 ml, il est approprié de commencer un traitement par inhibiteur de la 5-alpha réductase en plus de bloqueur des récepteurs alpha-1.**

**G3. Dans la vaginite atrophique symptomatique, après avoir essayé des traitements non hormonaux, une œstrogénothérapie vaginale topique est appropriée.**

**H: Vaccins.**

**H1. La vaccination annuelle contre l’influenza est appropriée**

*\*L'efficacité des vaccins antigrippaux trivalents à dose élevée et tétravalents chez les personnes âgées est supérieure à celle du vaccin trivalent à dose standard et peut être préférée.*

*\* Les vaccins antigrippaux tétravalents, trivalents et trivalents à dose élevée sont approuvés par la FDA.*

**H2. Le vaccin antipneumococcique (une dose pour chacun des vaccins conjugués 13-valents et polysaccharidiques****23-valents) est approprié après l'âge de 65 ans.**

*i) Chez les personnes qui n'ont jamais été vaccinées contre le pneumocoque auparavant, le vaccin conjugué 13-valent doit être administré comme première dose, suivi du vaccin polysaccharidique 23-valent au moins 1 an plus tard.*

*ii) Les personnes qui ont déjà reçu un vaccin polysaccharidique 23-valent devraient recevoir un vaccin conjugué 13-valent un an plus tard.*

*\* Si le vaccin polyosidique 23-valent a été administré avant l'âge de 65 ans, il doit être répété au moins 5 ans après le premier vaccin chez les plus de 65 ans.*

*\*Il est recommandé de répéter le vaccin polysaccharidique 23-valent tous les 10 ans au-delà de 65 ans.*

**H3. La vaccination contre le zona est appropriée (réduit le risque d'infection par le zona et de névralgie post-zostérienne)**

*\* La vaccination est également recommandée pour les cas qui ont déjà eu le zona ou la varicelle.*

*\*VRZ offre plus de protection que ZVL.*

*\*VRZ est préféré à ZVL.*

*\*Le VRZ est administré par voie intramusculaire en deux doses. La deuxième dose doit être administrée 2 à 6 mois après la première dose. Ce programme doit être utilisé pour tous les patients, y compris ceux ayant des antécédents de zona et ceux ayant déjà reçu une ZVL.*

*\*En cas d'infection par le zona, la vaccination est recommandée après 6 à 12 mois au plus tôt.*

**H4. Il est approprié de faire du Td (anatoxine tétanique-diphtérique) tous les 10 ans**

*\*Le vaccin contre la coqueluche peut être recommandé pour les personnes âgées (comme les grands-parents) qui sont en contact étroit avec des nourrissons de plus d'un an. Dans ce cas, une seule dose de TdaP peut être administrée.*

**#H5. Il convient de vacciner contre le méningocoque les cas partant au Hajj**

*\*Il est recommandé au moins 10 jours avant le Hajj.*

*\*Si vous voyagez à nouveau après 5 ans, la dose doit être répétée.*

**I: Les suppléments.**

**I1. Chez les personnes âgées souffrant de malnutrition (MN) ou à risque de malnutrition (MNR), l'initiation de suppléments nutritionnels oraux (ONS) est appropriée si le conseil nutritionnel et la supplémentation nutritionnelle ne sont pas suffisants pour augmenter l'apport alimentaire et atteindre les objectifs nutritionnels.**

*\*Il existe plus de preuves concernant l'initiation de l'ONS chez les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique.*

*\*Il est recommandé que la teneur en ONS contienne au moins 400 kcal d'énergie et 30 g de protéines par jour, et que l'ONS soit poursuivi pendant au moins 1 mois.*

*\*Il convient d'évaluer les cas donnés à l'ONS une fois par mois.*

*\*La valeur recommandée pour l'apport énergétique chez les personnes âgées est de 30 kcal/kg/jour pour guider le traitement.*

*\*Chez les personnes âgées en bonne santé, l'apport en protéines est recommandé de 1,0 à 1,2 g/kg/jour.*

*\*Pour les personnes âgées atteintes de maladies aiguës ou chroniques, l'apport en protéines est recommandé entre 1,2 et 1,5 g/kg/jour.*

 *\*Pour les personnes âgées souffrant d'une maladie grave, d'une blessure ou de malnutrition, il peut être nécessaire d'augmenter l'apport en protéines de 1,5 g/kg/jour à 2,0 g/kg/jour.*

**I2. L'instauration de suppléments nutritionnels oraux (ONS) est appropriée chez les patients âgés hospitalisés atteints de MN ou de MNR (augmente la prise alimentaire et le poids corporel, réduit le risque de complications et de réadmissions)**

*\*L'apport énergétique oral spontané est généralement faible chez les personnes âgées en hospitalisation aiguë et ne répond pas aux besoins.*

*\*Après la sortie de l'hôpital, il peut être approprié de continuer à utiliser l'ONS dans la plupart des cas.*

**I3. Il est approprié de commencer l'ONS en postopératoire (quel que soit l'état nutritionnel) chez les patients âgés présentant une fracture de la hanche (améliore la prise alimentaire et réduit le risque de complications)**

*\*Il n'y a pas de recommandation spécifique ONS (standard ou hyperprotéiné).*

*\*Il peut être approprié de donner l'ONS pendant au moins 1 mois. Dans les études, l'ONS a été utilisé entre 1 et 6 mois après une fracture de la hanche.*

*\*Une initiation préopératoire peut également être envisagée.*

**I4. Afin d'assurer un apport protéique et énergétique adéquat chez les patients présentant des escarres, il est approprié de commencer l'ONS en ciblant 1,2-2 g/kg/jour de protéines et 30-35 kcal/kg/jour d'énergie.**

*\*Chez les patients malnutris atteints d'escarres, l'utilisation d'ONS à haute teneur en protéines et en énergie enrichie en arginine, zinc et antioxydants peut être plus bénéfique.*

*\*L'ajout d'arginine, de glutamine et de HMB aux produits nutritionnels peut avoir des résultats positifs chez les patients souffrant d'escarres.*

**Abréviations :**

IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

ARA : bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine

BTM : marqueurs de remodelage osseux

ChEI : inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

COMT : Catéchol-O-méthyltransférase

FE : Fraction d'éjection

eGFR : taux de filtration glomérulaire estimé

FDA : Administration des aliments et des médicaments

FEV1 : Volume expiratoire forcé

SIG : Système gastro-intestinal

IPSS : score international des symptômes de la prostate

BPCO : maladie pulmonaire obstructive chronique

DMO : Densité minérale osseuse

TUBA : symptômes des voies urinaires inférieures

MAO-B : Monoamine oxydase-B

IM : infarctus du myocarde

MN : malnutrition

MNR : Risque de malnutrition

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

OAC : Anticoagulant oral

ONS : Complément nutritionnel oral

VRZ : vaccin recombinant contre le zona

SaO2 : saturation en oxygène

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

TdaP : tétanos, diphtérie et coqueluche acellulaire ZVL : vaccin vivant contre le zona

#Critères sur lesquels il n’y a pas eu consensus au cours du panel international Delphi