

Déprescription chez les patients cognitivement vulnérables : STOPPCog

Avez-vous lu la nouvelle publication du GT Gériatrie ?

En 2025, une équipe irlandaise a développé l'outil **STOPPCog** dédié à l'identification et la déprescription des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les personnes âgées cognitivement vulnérables [1].

STOPPCog est une liste de médicaments et de classes médicamenteuses considérés comme potentiellement **problématiques, inefficaces ou avec une balance bénéfice/risqué (B/R) défavorable** chez les personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs mineurs, majeurs ou des antécédents de syndrome confusionnel. Bien qu'ils puissent avoir une indication médicale valide, la balance B/R de chacun doit ainsi être réévaluée.

→ Le GT Gériatrie de la SFPC, en collaboration avec des gériatres français, a proposé une adaptation française des critères **STOPPCog** afin d'en faciliter l'appropriation par les professionnels de santé français [2].

→ Cette newsletter propose un extrait de l'outil en 2 tableaux : les **critères STOPPCog** (tableau 1) et **des exemples de médicaments concernés par ces critères** (tableau 2).

TABLEAU 1 Critères STOPPCog (adaptation française)

Code	Critère
SECTION A — Médicaments à propriétés anticholinergiques (pris quotidiennement)	
A1	Antidépresseurs spécifiques : tricycliques, paroxétine et phénelzine
A2	Antispasmodiques urinaires franchissant la barrière hémato-encéphalique (BHE)
A3	Antispasmodiques gastro-intestinaux franchissant la BHE
A4	Antihistaminiques de première génération
A5	Antipsychotiques de 1 ^e génération (« classique ») et 2 ^e génération (« atypique »)
A6	Médicaments/associations avec un score ACB (Anticholinergic Burden) cumulé ≥ 2
SECTION B — Médicaments à propriétés sédatives (pris quotidiennement)	
B1	Benzodiazépines hypnotiques*
B2	Benzodiazépines anxiolytiques*
B3	Médicaments apparentés aux benzodiazépines hypnotiques (« Z-drugs »)*
SECTION C — Médicaments pouvant exacerber des symptômes psychotiques chez les patients atteints d'une synucléinopathie (maladie de Parkinson et maladie à corps de Lewy)	
C1	Anticholinergiques antiparkinsoniens indiqués dans les tremblements
C2	Amantadine
C3	Agonistes des récepteurs dopaminergiques
C4	Inhibiteurs de la monoamine oxydase B (IMAO B)
C5	Inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase (ICOMT)
SECTION D — Médicaments utilisés dans la douleur chronique	
D1	Opioides
D2	Gabapentinoïdes
D3	Antiépileptiques
D4	Myorelaxants franchissant la BHE
SECTION E — Médicaments sans efficacité prouvée dans les troubles neurocognitifs majeurs (pris quotidiennement)	
E1	Nootropiques spécifiques
SECTION F — Médicaments dont les bénéfices ne sont pas prouvés chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs au stade sévère – définis par un CDR (Clinical Dementia Rating) = 3 ou un MMSE (Mini-Mental State Examination) < 10 - où une prise en soins palliative serait plus appropriée	
F1	Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (si CDR =3 ou MMSE < 10)
F2	Mémantine (si CDR =3 ou MMSE < 10)
F3	Anticorps monoclonaux anti-amyloïde bêta (si CDR =3 ou MMSE < 10)
F4	Médicaments de prévention sur le long terme pour traiter d'autres affections que les troubles neurocognitifs majeurs (CDR =3 ou MMSE <10) et n'ayant pas d'effet symptomatique, dont la balance B/R nécessiterait d'être réévaluée (par exemple : statines, antiagrégants plaquettaires, anticoagulants, antihypertenseurs, bisphosphonates)

* Si déprescrits, l'arrêt doit être progressif pour éviter les effets de rebond et de sevrage.

TABLEAU 2 Exemples de médicaments disponibles en France concernés par les critères STOPPCog

Critère	Exemples de DCI / classes médicamenteuses (liste non exhaustive)	Mécanisme
A1	Amitriptyline, dosulépine, doxépine, clomipramine, imipramine, maprotiline, trimipramine ; paroxétine ; phénelzine	Effets anticholinergiques
A2	Oxybutynine, solifénacine, fésotérodine, toltérodine, trospium	Effets anticholinergiques
A3	Scopolamine	Effets anticholinergiques
A4	Alimémazine, diphenhydramine, diménhydrinate, chlorphénamine, prométhazine, hydroxyzine	Effets anticholinergiques
A5	1 ^e génération : chlorpromazine, flupenthixol, halopéridol, loxapine, sulpiride, zuclopenthixol, lévomépromazine — 2 ^e génération : olanzapine, quétiapine, clozapine, aripiprazole, rispéridone	Effets anticholinergiques et sédatifs
A6	Charge anticholinergique (ACB) à calculer pour l'ensemble des traitements du patient sur www.acbcalc.com	Effets anticholinergiques
B1	Estazolam, lormétazépam, loprazolam, nitrazépam	Effets sédatifs
B2	Alprazolam, bromazépam, chlórdiazépoxide, clobazam, clonazépam, clorazépate, clotiazépam, diazépam, loflazépate, lorazépam, oxazépam, prazépam	Effets sédatifs
B3	Zolpidem, zopiclone	Effets sédatifs
C1	Trihexyphénidyle, bipéridène, tropatépine	Effets anticholinergiques
C2	Amantadine	Risque psychotique
C3	Apomorphine, pramipexole, ropinirole, rotigotine	Risque psychotique
C4	Rasagiline, safinamide, sélégiline	Risque psychotique
C5	Entacapone, tolcapone	Risque psychotique
D1	Oxycodone, morphine, codéine, fentanyl, tramadol	Effets sédatifs
D2	Gabapentine, prégabaline	Effets sédatifs
D3	Topiramate, carbamazépine, clonazépam, gabapentine, lacosamide, lamotrigine, lévétiracétam, oxcarbazépine, phénytoïne, prégabaline, valproate	Effets sédatifs
D4	Baclofène, dantrolène, tizanidine	Effets sédatifs
E1	Psychoanaleptiques : lisexamfétamine, modafinil, méthylphénidate — compléments nootropiques : vitamines B, compléments à base d'huile de poisson, plantes (ginkgo biloba) — nootropiques type piracétam	Efficacité non prouvée
F1	Donépézil, rivastigmine, galantamine	Efficacité non prouvée si CDR =3 ou MMSE <10
F2	Mémantine	
F3	Lécánémab	
F4	Statines, antiagrégants plaquettaires, anticoagulants, antihypertenseurs, bisphosphonates	

Clause de non-responsabilité (STOPPCog) : bien que tous les efforts aient été conduits pour s'assurer que les critères listés soient exacts et fondés sur des données probantes, la décision finale de déprescrire relève entièrement de la responsabilité du prescripteur. Il convient également de noter que les données probantes qui sous-tendent certains critères de STOPPCog peuvent changer après la publication de ces critères.

POUR EN SAVOIR PLUS

- McGettigan et al. Deprescribing in cognitively vulnerable older people: development and validation of STOPPCog criteria. Age Ageing. 2025.
- Novais et al. [Deprescribing in cognitively vulnerable older people: adaptation into French language of STOPPCog criteria]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2026.

TESTEZ-VOUS — NEWSLETTER N°4 : VRAI OU FAUX ?

- La céfazoline peut être administrée en sous-cutanée.
- Concernant les objectifs individualisés de mesure continue du glucose : on tolère plus le temps passé en hypoglycémie chez le patient âgé.
- Pour la déprescription des psychotropes, on privilégie une décroissance hyperbolique.
- La vaccination COVID est recommandée annuellement chez les patients âgés en EHPAD/USLD.

Envie d'en savoir plus ? Consultez notre précédente Newsletter :

<http://sfpc.eu/wp-content/uploads/2026/03/NEWSLETTER-4-GT-Geriatrie-27.2.26-1.pdf>