



INAMI

Feedback Maisons de repos

2016

Médicaments – Biologie clinique



Mai 2019

.be

Table des matières

INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE.....	5
Quelles données ont été utilisées ?.....	5
Identification des résidents de MR.....	6
Composition du groupe de comparaison.....	6
Quel est le contenu du rapport ?.....	6
Comment les résultats sont-ils présentés ?.....	7
DESCRIPTION DE LA POPULATION	8
INDICATEURS DE QUALITÉ	11
THÈME I : MÉDICAMENTS.....	11
1. Infections	11
Grippe.....	11
Antibiotiques.....	13
2. Médication des personnes âgées	18
Polymédication	18
Médicaments hypolipémiants.....	20
Antiphlogistiques non stéroïdiens (AINS).....	22
Médication anticholinergique	24
Médication psychotrope	26
3. Médication psychotrope	27

Antidépresseurs	27
Antipsychotiques	36
THÈME II Biologie clinique	39
1. Screening	39
Fonction thyroïdienne	39
2. Diagnostic.....	42
Hypertension.....	42
3. Suivi.....	44
Diabète	44
Hypertension.....	51
RÉFÉRENCES	53
Médicaments	53
Biologie clinique	54

Introduction

En tant que MCC, vous trouverez ci-joint un aperçu des soins dispensés dans les Maisons de Repos (MR), regroupés par province. Ces soins ont été définis sur la base d'un certain nombre d'indicateurs de qualité classés par thème. Ces indicateurs ont été élaborés et validés en concertation avec des représentants des médecins généralistes de Domus Medica et la SSMG. Les thèmes traités font partie des priorités du CNPQ (Conseil national pour la promotion de la qualité). Ce feed-back est par conséquent soutenu par le CNPQ et la Commission nationale médico-mutualiste (Médicomut).

Ce document a été conçu comme un instrument de travail constructif, avec pour objectif d'inciter à la réflexion personnelle et à l'amélioration des processus au sein de votre MR.

Méthodologie

Avant de passer à un aperçu de chaque thème, nous vous expliquons ci-après :

1. les données qui ont été utilisées ;
2. la façon dont les résidents de MR ont été identifiés ;
3. la composition du groupe de comparaison ;
4. le contenu du feed-back ;
5. la façon dont les résultats des indicateurs sont présentés.

Quelles données ont été utilisées ?

Ce feed-back concerne les données de santé de 2016. Les données de santé de la population belge parcourent un long chemin avant de pouvoir être analysées (elles passent notamment par le prescripteur, le dispensateur de soins, le patient, les mutualités, l'AIM – Agence Inter-Mutualiste et l'INAMI). Une fois les données collectées, il faut également prendre le temps de les analyser et de les vérifier de façon approfondie.

La banque de données contenant les données de 2016 a été constituée en regroupant différentes sources d'informations :

- ⇒ Les données relatives à la biologie clinique sont basées sur les prescriptions exécutées.
- ⇒ Les données relatives aux prescriptions de médicaments s'appuient sur les médicaments délivrés en officine publique.

Les données utilisées ne tiennent compte que des prestations ou des spécialités pharmaceutiques qui sont remboursées dans le cadre de l'assurance maladie. Cela signifie donc que les résidents/prestations qui ne sont pas couvert(e)s par l'assurance maladie ne font pas partie du rapport d'activités. Les médicaments qui ne sont pas remboursés par l'INAMI n'ont pas non plus été pris en compte.

Identification des résidents de MR

Le feed-back concerne les assurés de 75 ans et plus qui ont séjourné dans une MR pendant une longue période (au moins 330 jours) au cours de l'année civile concernée (2016).

Composition du groupe de comparaison

Les soins dispensés aux résidents de MR sont regroupés par province. Il est donc possible de comparer entre eux les soins dispensés dans les différentes provinces.

Le groupe de comparaison se compose d'assurés ambulatoires de 75 ans et plus qui n'ont pas séjourné un seul jour dans une MR dans le courant de 2016.

Les assurés qui ont séjourné dans une MR de 1 à 329 jours en 2016 n'ont pas été pris en compte dans l'analyse (ni dans le groupe MR ni dans le groupe de comparaison).

Quel est le contenu du rapport ?

Ce feed-back comporte une **description de la population concernée**, suivie de **2 thèmes avec indicateurs de qualité**:

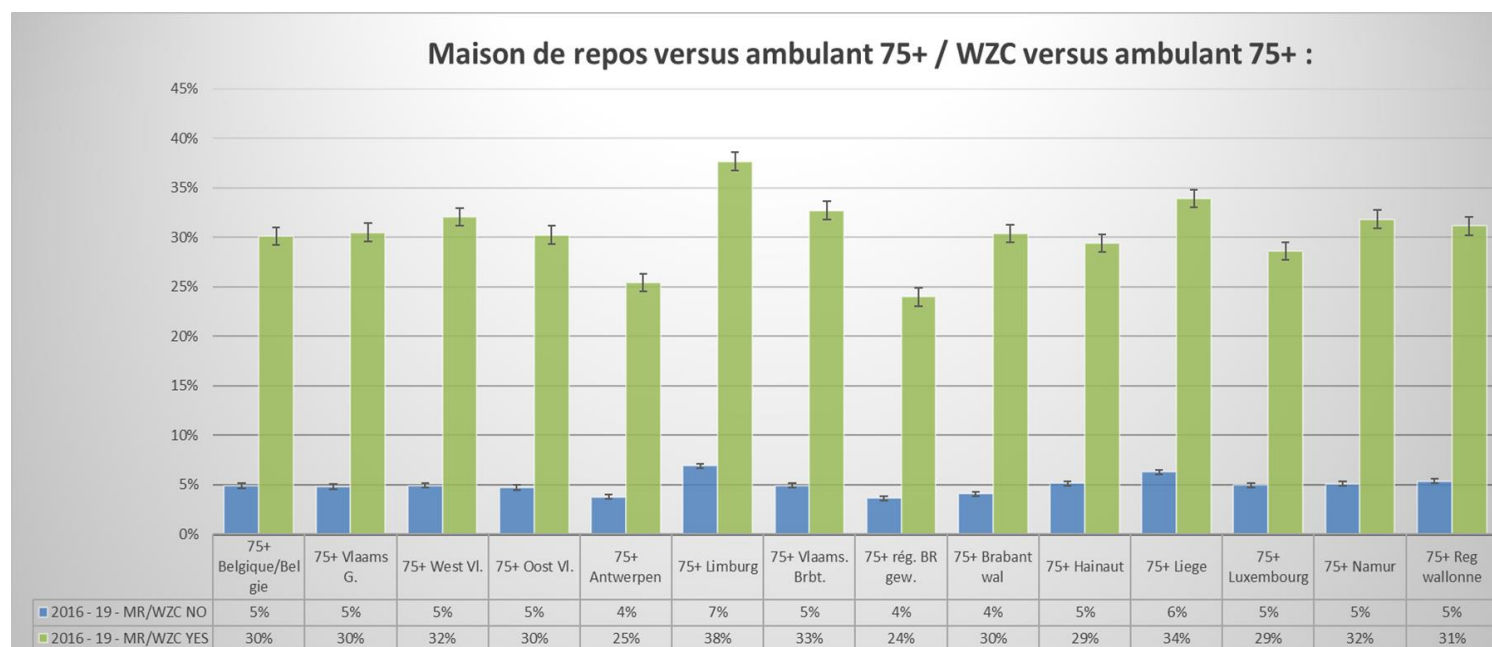
- Thème 1 : Médicaments
- Thème 2 : Biologie clinique

L'évolution des résultats entre 2011 et 2016 est plutôt limitée. Des données à ce sujet sont disponibles en annexe.

Comment les résultats sont-ils présentés ?

Les indicateurs de qualité relatifs aux soins dispensés aux assurés de 75 ans et plus qui séjournent dans une MR sont comparés avec ceux d'une population ambulatoire de 75 ans et plus. Les résultats sont présentés par province.

L'exemple ci-dessous concerne l'utilisation d'antipsychotiques :

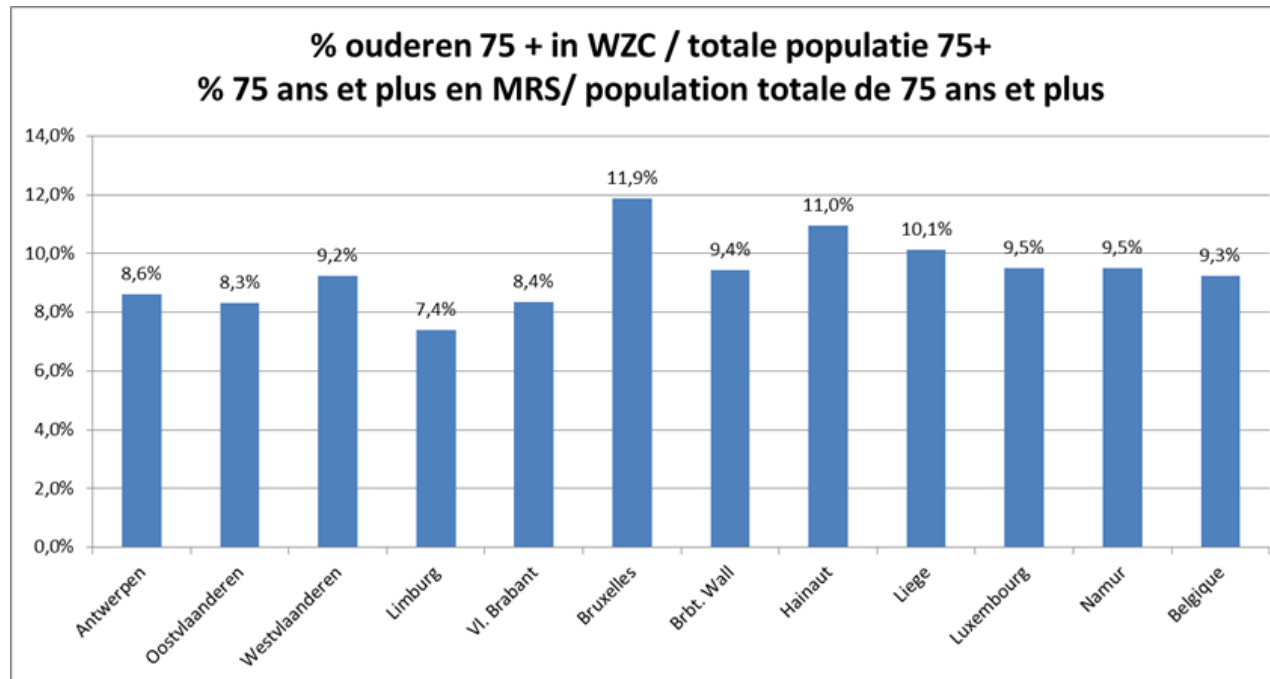


Le graphique illustre le pourcentage de la population concernée à qui au moins une prescription d'antipsychotiques a été délivrée au cours de 2016. Dans la population ambulatoire de 75 ans et plus, il s'agit de 4 % de la population concernée (rose). Dans les MR, ce pourcentage passe à 30 % (bleu). C'est dans le Limbourg, où 38 % des résidents de MR de 75 ans et plus ont reçu un antipsychotique, que ces chiffres sont les plus élevés.

Description de la population

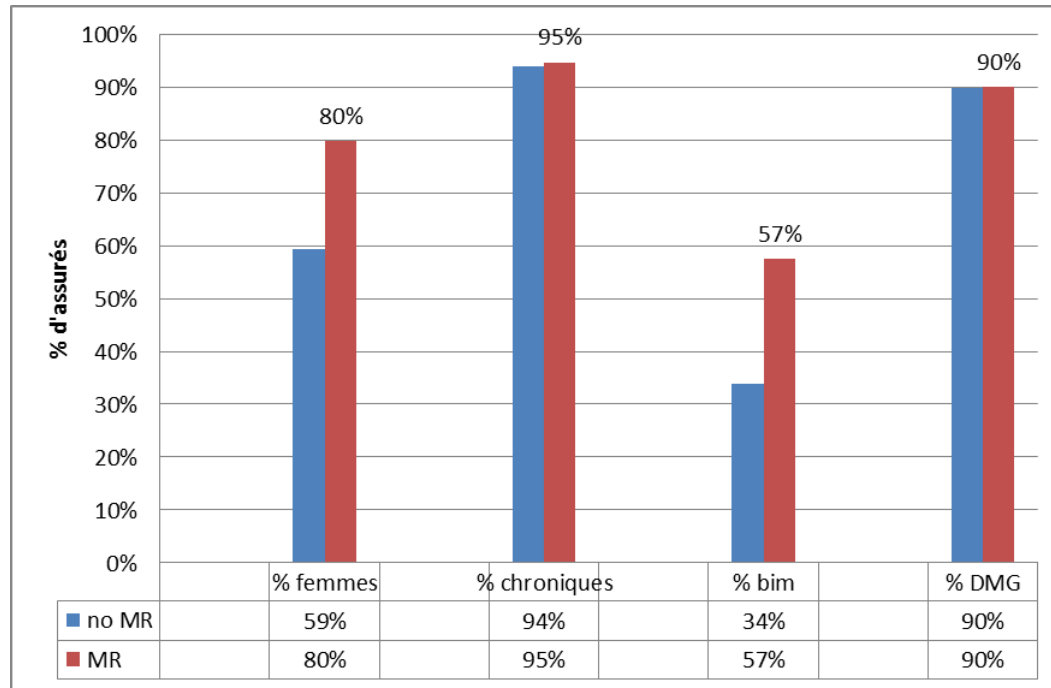
- Nombre de résidents

La population des MR prise en compte pour cette analyse compte 85 133 assurés, soit environ 5 % de la population belge de 75 ans et plus.



- **Caractéristiques de la population**

Les femmes sont surreprésentées dans la population des MR de 75 ans et plus par rapport à la population ambulatoire de 75 ans et plus (80 % contre 59 %). Le pourcentage de la population concernée avec DMG est élevé et est identique pour les deux populations (90 %). Le pourcentage de patients chroniques¹ est également comparable et concerne la quasi-totalité de la population (95 %). En revanche, le pourcentage de la population concernée qui bénéficie d'une intervention majorée est nettement plus élevé dans les MR (57 % contre 34 %).



¹ c.-à-d. qui prennent au moins 1 médicament avec ≥ 80 doses journalières standardisées (DDD) par an

Le tableau ci-dessous montre la répartition par âge de la population en séjour de longue durée (≥ 330 jours au cours de l'année concernée) en MR, ainsi que la répartition par âge de la population à partir de 65 ans qui ne séjourne pas en MR. Dans l'ensemble, la population des MR est plus âgée.

Les scores des indicateurs de qualité n'ont pas été standardisés en fonction de l'âge. Au vu du nombre limité d'assurés âgés entre 65 et 75 ans séjournant dans une MR, cette population n'a pas été prise en compte dans l'analyse. De plus, au sein d'une même population (MR ou non), les différences en termes de résultats pour les différentes tranches d'âge (75-84 ans ; 80-84 ans et ≥ 85 ans) pour la plupart des indicateurs sont minimales. Un aperçu des résultats par tranche d'âge est disponible sous forme numérique sur le site web de l'INAMI.

population hors MRS / populatie buiten WZC												
	Antw	O.vl	w.vl	Limburg	VI.	Brbt BXL	Brbt W:	Hainaut	Liege	Namur	Luxemb	Total général
65	29%	28%	29%	32%	29%	29%	32%	33%	32%	32%	34%	30,35%
70	24%	25%	24%	24%	24%	23%	25%	24%	23%	22%	23%	24,01%
75	23%	23%	23%	23%	22%	22%	21%	20%	22%	22%	21%	22,22%
80	12%	12%	12%	11%	12%	12%	11%	11%	11%	12%	11%	11,62%
85	12%	12%	12%	10%	12%	14%	11%	12%	11%	13%	11%	11,81%
Total/aantal	295770	232001	248014	144074	182148	115951	60058	199866	165425	37844	74129	1755280

population MRS (longue durée) / populatie WZC (lang verblijf)												
	Antw.	O.vl	W.vl	Limburg	VI.	Brbt BXL	Brbt W:	Hainaut	Liege	Namur	Luxemb	Total général
65	2%	2%	2%	2%	2%	5%	3%	6%	5%	3%	4%	3,36%
70	4%	4%	4%	4%	4%	7%	4%	6%	6%	5%	6%	4,87%
75	12%	11%	11%	12%	10%	11%	11%	12%	13%	12%	14%	11,75%
80	16%	16%	17%	18%	16%	14%	15%	15%	16%	15%	16%	15,87%
85	66%	66%	66%	64%	67%	63%	67%	61%	60%	64%	60%	64,14%
Total/aantal	14454	11139	13083	5669	8737	8925	3074	12507	9837	2105	3951	93481

Indicateurs de qualité

THÈME I : MÉDICAMENTS

1. Infections

GRIPPE

- Dès l'âge de 65 ans, une vaccination annuelle contre la grippe est recommandée en raison d'un risque accru de complications.

RÉFLEXION

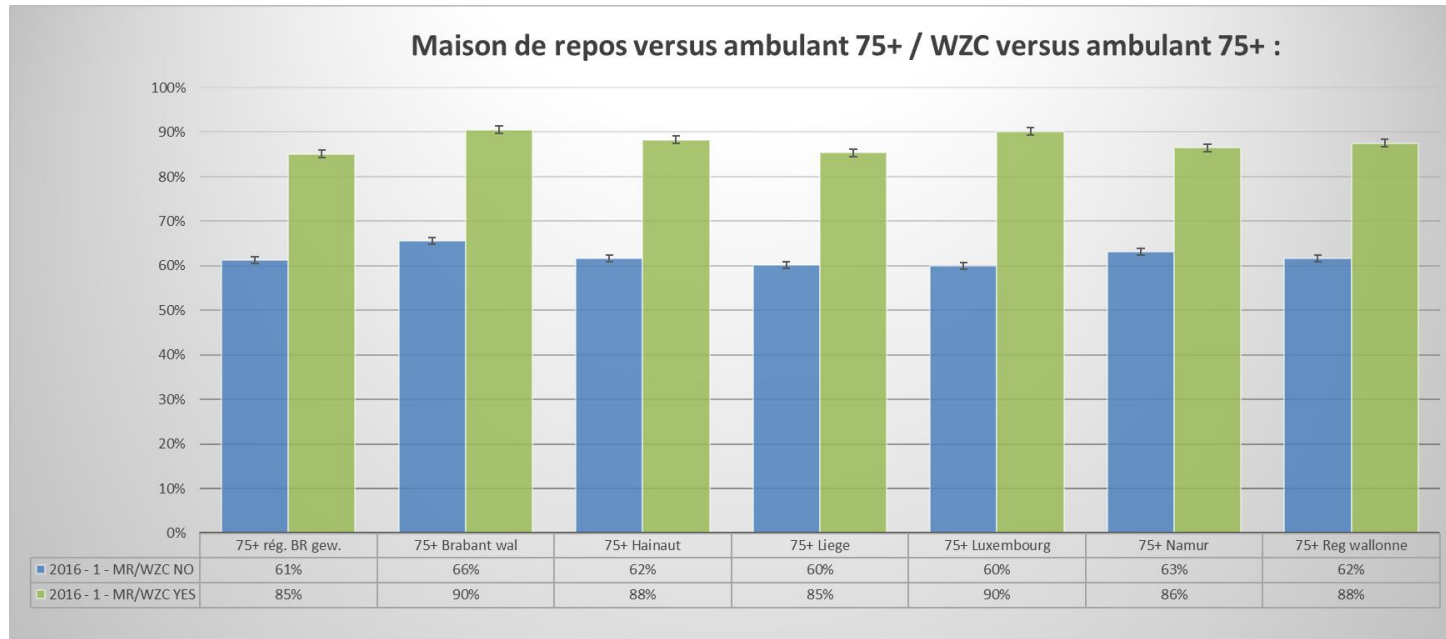
Les patients âgés de 65 ans et plus présentent un risque plus élevé de complications à la suite d'une infection grippale. Une vaccination annuelle contre la grippe est recommandée.

OBJECTIF

L'Organisation mondiale de la santé vise une couverture d'au moins 75 % de la population à risque. (<https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/prevention-and-control/influenza-vaccination>).

⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus qui ont été vaccinés contre la grippe dans le courant de l'année**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés de 75 ans et plus qui ont été vaccinés contre la grippe dans le courant de 2016.



!!! Attention : les résultats de cet indicateur ne concernent que la population wallonne. La prescription de vaccins à des résidents de MR en Flandre se fait principalement par l'intermédiaire de la Communauté flamande.

ANTIBIOTIQUES

Consommation générale d'antibiotiques

- **La plupart des infections courantes en pratique ambulatoire ne requièrent pas d'antibiotiques.**

RÉFLEXION

La plupart des infections courantes en pratique ambulatoire guérissent spontanément. Les antibiotiques ne sont nécessaires que pour le traitement d'infections causées par des bactéries virulentes, dans un système immunitaire fortement affaibli, ou dans le cadre du développement très grave d'une infection (par ex. septicémie). L'éventuelle utilité des antibiotiques doit toujours être évaluée par rapport au risque d'effets indésirables, y compris le développement d'une résistance.

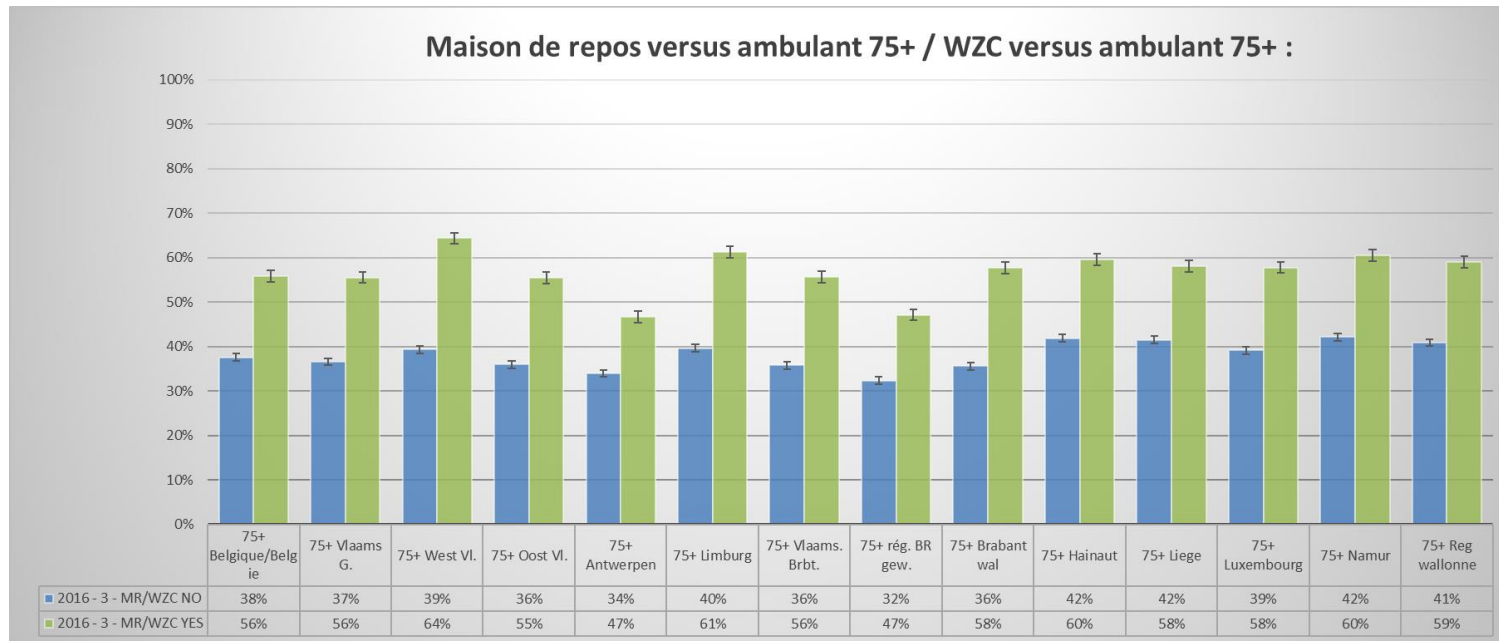
OBJECTIF

Le nombre de patients ayant reçu des antibiotiques et/ou le nombre de doses journalières standardisées (DDD) d'antibiotiques prescrites par patient doivent chuter considérablement pour atteindre l'objectif de la BAPCOC (Commission belge de coordination de la politique antibiotique). Celle-ci souhaite ramener la consommation globale d'antibiotiques de plus de 800 prescriptions pour 1 000 habitants par an à 600 prescriptions à l'horizon 2020 et à 400 à l'horizon 2025. Avec cet objectif, la BAPCOC vise une consommation d'antibiotiques semblable à celle des Pays-Bas et de la Suède.

Deux formations e-learning accréditées sont disponibles sur ce thème : www.inami-elearning.be

⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus avec au moins 1 prescription d'antibiotiques dans le courant de l'année**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés de 75 ans et plus qui ont reçu au moins une prescription d'antibiotiques (code ATC J01) en 2016 délivrée par le médecin généraliste.



Choix de l'antibiotique

- Si un antibiotique est nécessaire, il est préférable d'opter pour un antibiotique au spectre le plus étroit possible.
 - Pour les infections respiratoires, la préférence se porte sur l'amoxicilline (pour autant qu'un traitement par antibiotiques soit nécessaire).
- Les quinolones sont des antibiotiques à large spectre et ne sont (pratiquement) jamais indiquées comme traitement de première intention.

RÉFLEXION

Si un antibiotique est nécessaire, il est préférable d'opter pour un antibiotique au spectre le plus étroit possible afin d'éviter la sélection et le développement d'une résistance. Idéalement, l'antibiotique ne cible que l'agent bactérien présumé. Malgré cela, il ressort de l'analyse que de nombreux antibiotiques de deuxième intention sont prescrits (comme l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique, les céphalosporines, les quinolones et les macrolides). Ils représentent respectivement 59 % et 61 % de la consommation générale d'antibiotiques parmi les assurés de 75 ans et plus dans la population ambulatoire et dans les MR.

Infections respiratoires

La plupart des infections respiratoires sont d'origine virale. De plus, l'évolution spontanée est généralement favorable en cas d'infections respiratoires tant virales que bactériennes. Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans le cadre d'une bronchite aiguë.

Ils sont toutefois recommandés en cas de pneumonie. Le traitement est principalement dirigé contre le pneumocoque. Le pneumocoque est le principal agent bactérien des infections respiratoires en dehors de l'hôpital. Bien que la plupart des infections évoluent favorablement, le pneumocoque peut induire une septicémie, ou une méningite.

L'amoxicilline est efficace dans plus de 99 % des infections à pneumocoque. La résistance du pneumocoque à la pénicilline n'est pas associée à la production de bêta-lactamase. Il est donc inutile d'ajouter un inhibiteur de bêta-lactamase, comme l'acide clavulanique, pour

prévenir cette résistance potentielle. L'association avec l'acide clavulanique n'est préférable que chez les patients présentant une comorbidité, car l'incidence d'une infection par *Haemophilus influenzae* est plus élevée au sein de cette population.

Quinolones

Les quinolones présentent un large spectre et leur utilisation multiple peut induire des problèmes de toutes sortes. Elles peuvent provoquer psychose, délires, confusion, hallucinations, convulsions, tendinites et ruptures tendineuses, surtout chez les sujets âgés. Par ailleurs, elles sont associées à un risque cardiaque plus élevé (allongement de l'intervalle QT) que les autres antibiotiques. Les quinolones sont également associées à l'émergence d'une souche résistante de *Clostridium* et à la colonisation par le MRSA (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline).

Les quinolones ne sont pas un traitement de premier choix pour les infections respiratoires et n'ont pas leur place dans le traitement de première ligne d'infections non compliquées des voies urinaires.

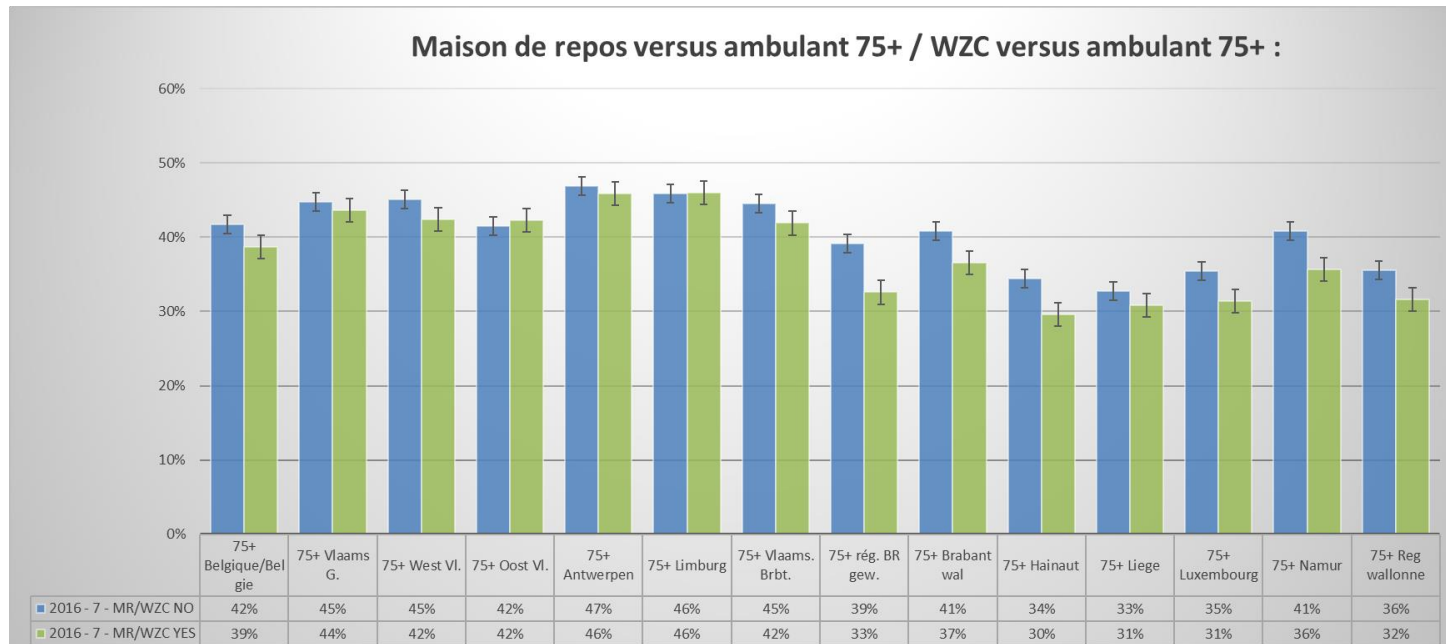
Dans la pratique ambulatoire, les quinolones ne sont indiquées comme traitement de première intention que pour l'orchépididymite, la prostatite et la pyélonéphrite aiguë. En cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE, des quinolones respiratoires peuvent être utilisées pour traiter la CAP (community-acquired pneumonia) et les exacerbations aiguës de la BPCO (bronchite pulmonaire chronique obstructive) si un traitement par antibiotiques est indiqué. Dans ce cas, la préférence se porte sur la moxifloxacine. Une allergie à la pénicilline est rapportée par 10 % de la population, tandis que seulement 2 % présentent réellement une allergie à la pénicilline (données Royaume-Uni).

OBJECTIF

La BAPCOC vise globalement (au niveau de la population) une augmentation drastique du rapport amoxicilline versus amoxicilline + amoxicilline associée à l'acide clavulanique à 80 % (ratio 80/20) et une réduction drastique de l'utilisation des quinolones à un maximum de 5 % de la consommation totale d'antibiotiques.

⇒ **Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline non combinée à de l'acide clavulanique**

Parmi toutes les prescriptions d'amoxicilline (associée ou non à de l'acide clavulanique) dans la population concernée, l'indicateur représente le pourcentage prescrit d'amoxicilline « pure » (non associée à de l'acide clavulanique).



2. Médication des personnes âgées

POLYMÉDICATION

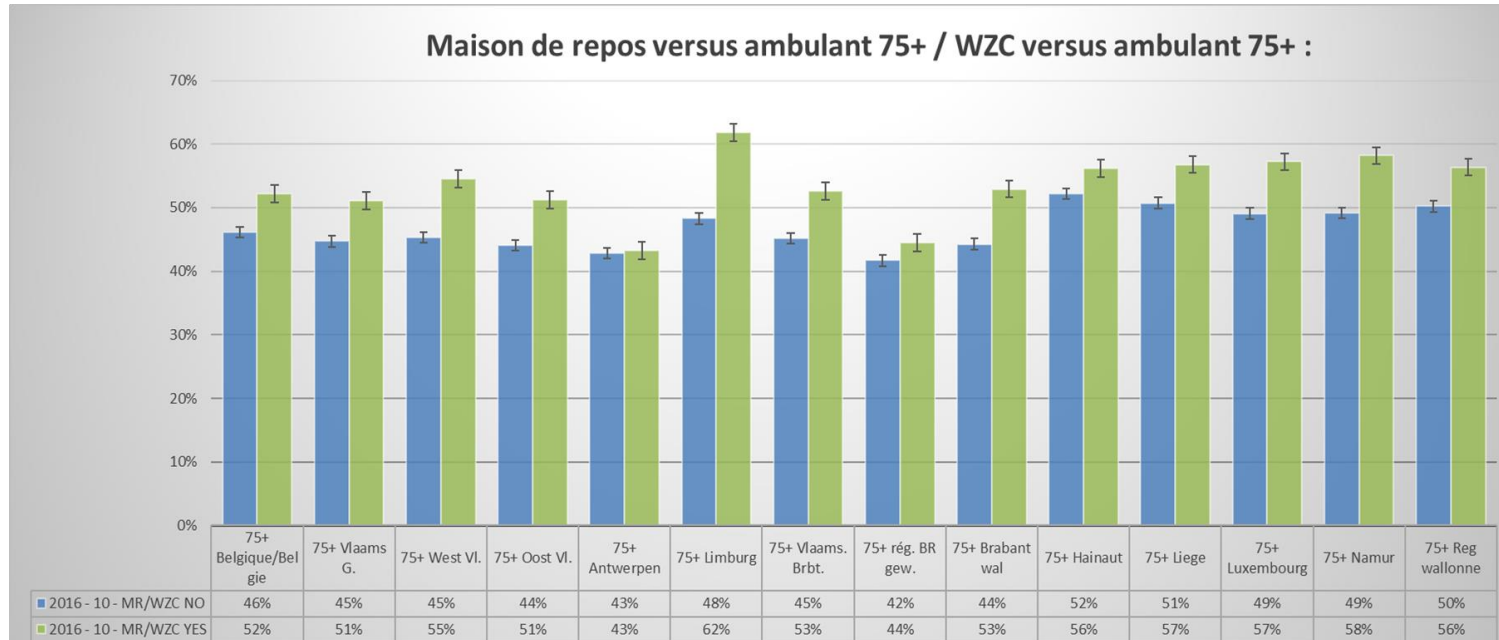
- Une évaluation critique et systématique de la consommation de médicaments est souhaitable chez les personnes âgées sous polymédication (prise chronique de 5 médicaments ou plus).

RÉFLEXION

La polymédication est associée à une augmentation de la mortalité et de la morbidité. Par exemple, le risque de chute augmente avec l'utilisation croissante de médicaments. Cet effet est encore plus marqué avec l'ajout de psychotropes. En outre, le nombre de médicaments est un facteur de risque d'hospitalisation suite à des effets indésirables. Les interactions et les effets indésirables peuvent induire des troubles gastro-intestinaux, une incontinence urinaire, un déclin cognitif, de la confusion, des délires, etc. Il arrive que ces troubles soient considérés, à tort, comme « normaux pour l'âge du sujet » et qu'ils donnent lieu à la prescription d'autres médicaments (prescriptions en cascade). Une évaluation annuelle est souhaitable (traitement excessif ou insuffisant, posologie, choix du médicament et du mode d'administration, effets indésirables, interactions, observance thérapeutique).

⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus avec consommation de longue durée de ≥ 5 médicaments différents**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés de 75 ans et plus qui ont reçu plus de 80 doses journalières standardisées (DDD) d'au moins 5 molécules différentes (code ATC de 5 positions) au cours de l'année (tous prescripteurs confondus).



MÉDICAMENTS HYPOLIPIDÉMIANTS

- **Il n'existe aucune évidence sur l'utilité de la réduction du cholestérol dans la population de 80 ans et plus.**

RÉFLEXION

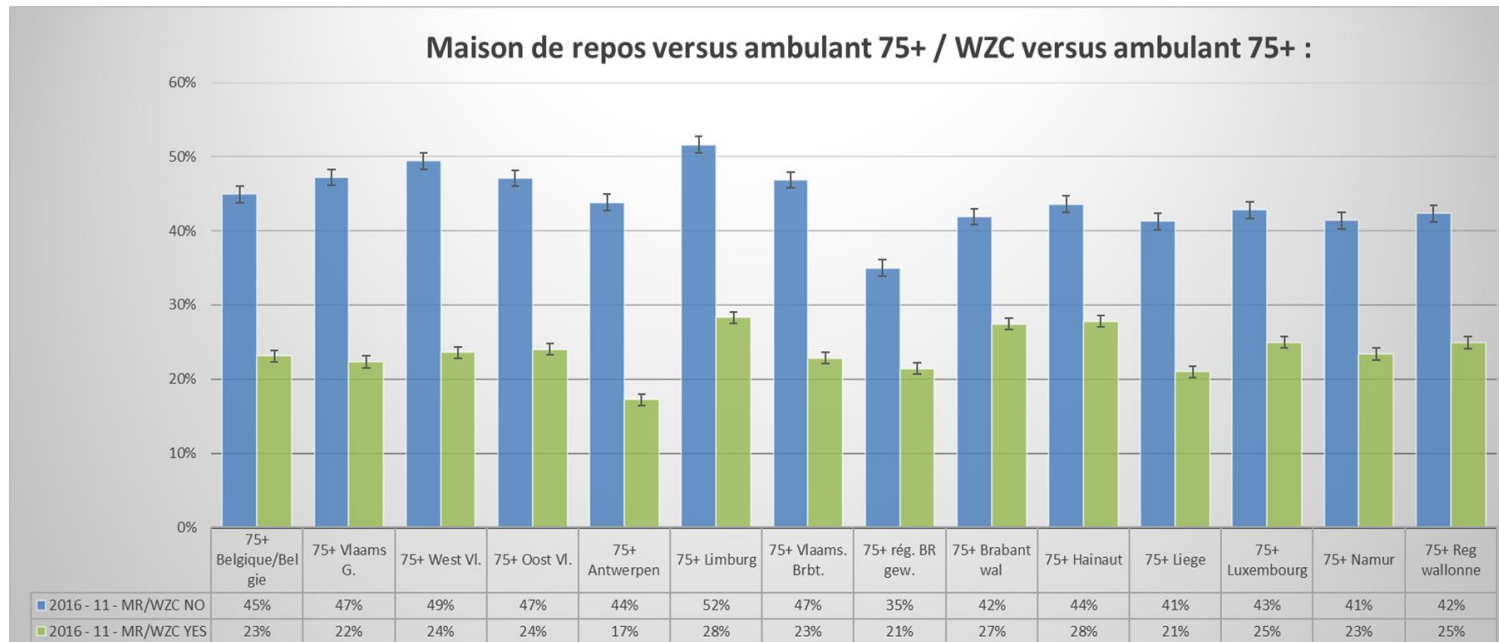
Il n'existe aucune évidence sur l'utilité de la réduction du cholestérol après l'âge de 80 ans, ni sur l'utilité des statines à cet âge. En outre, l'utilisation de statines peut être associée à des effets indésirables. Des anomalies fréquentes des muscles et du squelette surviennent régulièrement dans le cadre d'un traitement par statines, et ce, plus souvent chez les sujets de 65 ans et plus. Par ailleurs, les statines peuvent provoquer des interactions médicamenteuses potentiellement graves.

En l'absence d'évidence clinique dans cette population plus âgée, il est judicieux d'envisager l'abandon des hypolipidémiantes chez les patients de 80 ans et plus.

⇒ **Pourcentage d'assurés de 80 ans et plus qui sont traités par médicaments hypolipémiants**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés de 80 ans et plus auxquels des hypolipémiants ont été prescrits (tous prescripteurs confondus).

La population de 80 ans et plus représente 87 % de la population des MR (74 250 assurés dans la présente analyse).



ANTIPHLOGISTIQUES NON STÉROÏDIENS (AINS)

➤ **L'utilisation prolongée d'AINS chez les personnes âgées n'est pas recommandée.**

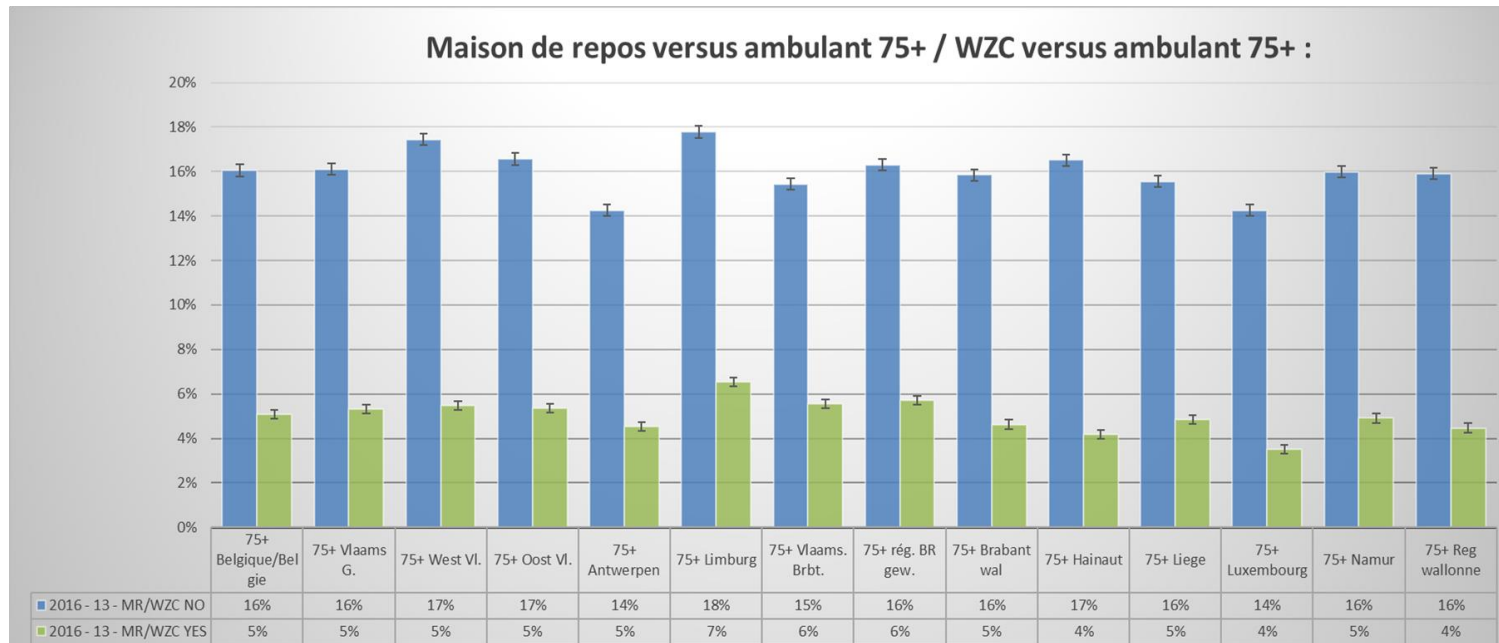
RÉFLEXION

Le paracétamol est le médicament de premier choix en cas de douleur nociceptive, En raison de son rapport bénéfice-risque favorable, en particulier chez les personnes âgées. En cas d'efficacité insuffisante, des AINS oraux peuvent être ajoutés. Les effets indésirables surviennent essentiellement à l'utilisation de doses élevées et lors d'une utilisation de longue durée. Une consommation chronique est donc déconseillée. Il n'y a pas de dose à laquelle le risque d'effets indésirables est inexistant. Il est donc recommandé d'utiliser la dose efficace la plus basse. La fréquence des effets indésirables augmente avec l'âge. Chez les personnes de plus de 80 ans, le risque d'effets indésirables gastro-intestinaux graves est environ dix fois supérieur à celui constaté chez les personnes de moins de 50 ans. De plus, tous les AINS (qu'ils soient sélectifs ou non) peuvent induire des événements thrombo-emboliques artériels ou une insuffisance cardiaque au sein de cette population, même en l'absence d'un facteur de risque cardiovasculaire. Par ailleurs, les AINS sont potentiellement associés à des effets indésirables graves au niveau du foie et des reins.

En cas d'arthrose douloureuse du genou ou de la main, un AINS topique peut être envisagé comme deuxième choix après le paracétamol, compte tenu du profil de risque favorable par rapport aux AINS oraux. De plus, certaines interventions physiothérapeutiques et certains programmes d'exercices peuvent contribuer à soulager la douleur chronique causée par l'arthrose et la lombalgie.

⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus ayant une prescription d'AINS pour plus de 30 jours**

L'indicateur représente le pourcentage de résidents auxquels plus de 30 doses journalières d'AINS ont été prescrites en 2016 (tous prescripteurs confondus).



MÉDICATION ANTICHOLINERGIQUE

➤ **Les médicaments à action anticholinergique doivent être limités chez les personnes âgées.**

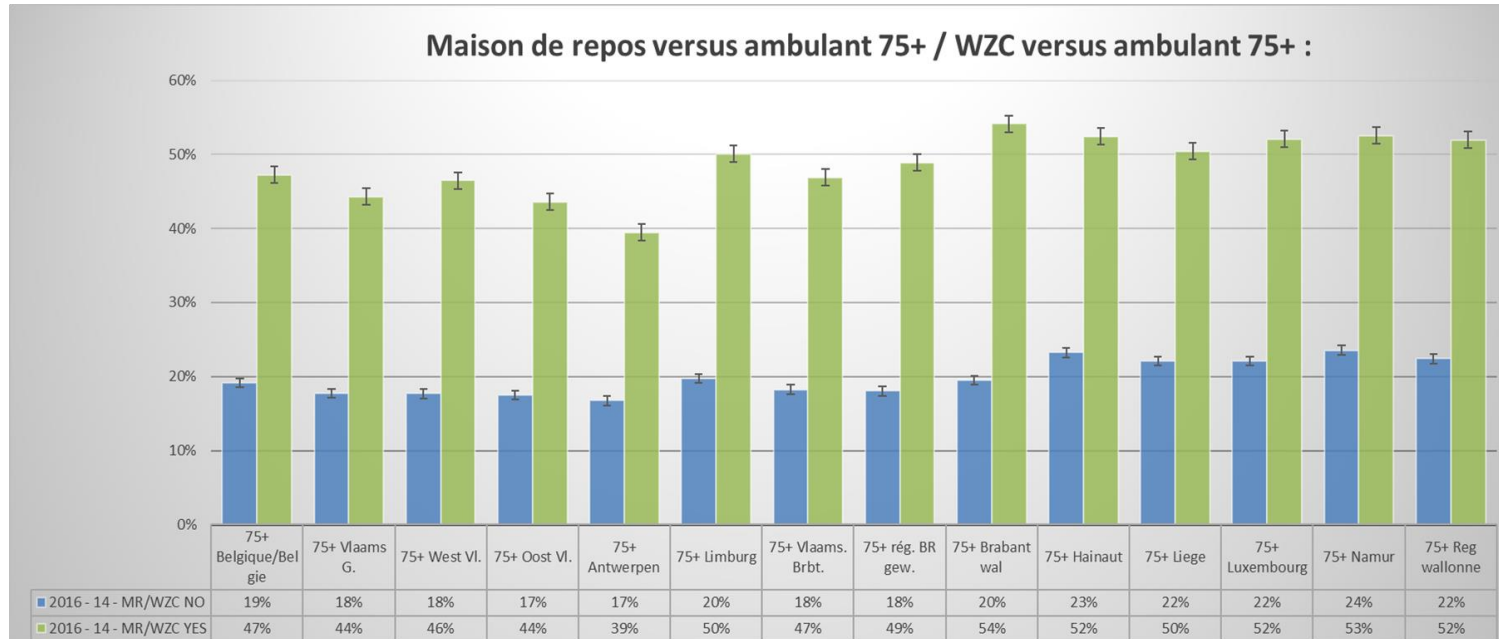
RÉFLEXION

Les anticholinergiques sont associés à de nombreux effets indésirables centraux et périphériques. Effets indésirables centraux : vertiges et céphalées, insomnie, confusion, désorientation, hallucinations visuelles, délires, troubles de la mémoire, agitation, irritabilité, agressivité, etc. Effets indésirables périphériques possibles : sécheresse oculaire, mydriase, troubles visuels causés par des troubles de l'accommodation, glaucome à angle fermé, sécheresse de la bouche, dyspepsie, nausées, constipation, troubles de la miction, rétention urinaire, diminution de la transpiration, bradycardie transitoire suivie par une tachycardie et une insuffisance cardiaque. Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets indésirables centraux et présentent un risque d'interactions supérieur. Les anticholinergiques contribuent également à une détérioration des fonctions cognitives chez les personnes âgées. En outre, les personnes âgées font souvent partie de l'un des groupes à risque d'effets indésirables des anticholinergiques en raison de la comorbidité (par ex. patients sensibles à la rétention urinaire (hypertrophie de la prostate, etc.), problèmes de transit intestinal, angle iridocornéen étroit, troubles de la conduction cardiaque).

L'utilisation d'anticholinergiques doit être limitée autant que possible chez les personnes âgées.

⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus ayant une prescription pour plus de 80 jours d'au moins un médicament avec action anticholinergique**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés de 75 ans et plus qui ont reçu au moins 80 doses journalières standardisées (DDD) d'un médicament à action anticholinergique en 2015.



MÉDICATION PSYCHOTROPE

- Une évaluation critique et systématique de la consommation de médicaments est souhaitable chez les personnes âgées sous polymédication. Les psychotropes constituent une classe de médicaments importante. Les psychotropes sont associés à de nombreux effets indésirables, ainsi qu'à des interactions possibles.

Vous trouverez plus d'informations sur la prescription de médicaments psychotropes aux personnes âgées dans le thème « Médication psychotrope ».

3. Médication psychotrope

ANTIDÉPRESSEURS

- Il existe suffisamment d'évidence de l'efficacité des antidépresseurs dans une dépression majeure sévère.
- Dans le cas d'une dépression légère ou modérée, les antidépresseurs ne sont pas recommandés de façon systématique.

RÉFLEXION

Dans l'enquête sur la population de 2013, 14,8 % de l'ensemble des personnes interrogées de plus de 15 ans présentaient des symptômes de trouble dépressif. Toutefois, un traitement médicamenteux n'est pas toujours indiqué.

Il existe suffisamment d'évidence de l'efficacité des antidépresseurs en cas de dépression majeure sévère, mais aucun effet cliniquement pertinent des antidépresseurs n'a été démontré en cas de dépression légère et modérée. Outre l'efficacité, il convient également de prendre en compte les effets indésirables des antidépresseurs. Dans le cas d'une dépression légère/modérée, les antidépresseurs ne sont dès lors pas recommandés de façon systématique. De même, chez les personnes âgées, la gravité de la dépression détermine l'indication d'une approche médicamenteuse.

Pour éviter toute rechute, il est recommandé de poursuivre le traitement par antidépresseurs pendant au moins six mois après une réponse favorable, après quoi une interruption peut être envisagée. En cas de risque accru de rechute, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant au moins 2 ans.

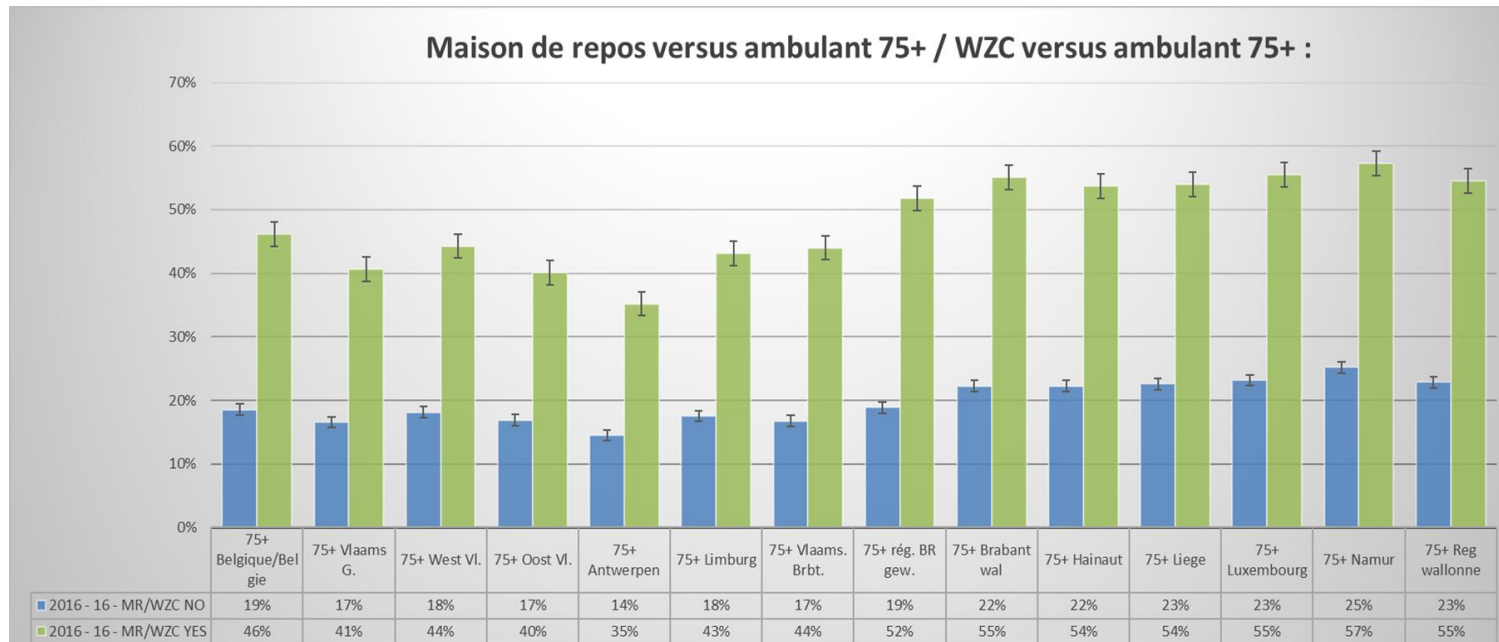
Il n'existe pas suffisamment d'évidence de l'effet bénéfique du maintien à long terme (> 1 an) d'un traitement par antidépresseurs chez les personnes âgées (> 60 ans) en vue de prévenir toute rechute. Pour les dépressions récidivantes, il est recommandé, par consensus, de poursuivre le traitement pendant 1 à 2 ans.

Si un antidépresseur est initié, il est préférable d'opter pour un ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) ou un ATC (antidépresseur tricyclique), selon les effets indésirables à éviter et la comorbidité et/ou la comédication en présence. Le formulaire de soins aux personnes âgées indique que parmi les ISRS, ce sont le citalopram et la sertraline qui sont les mieux documentés. Dans la classe des ISRS, la sertraline est privilégiée en raison du risque d'allongement de l'intervalle QT associé au citalopram et à l'escitalopram. Dans la classe des ATC, la nortriptyline est privilégiée en raison d'un risque moindre d'hypotension orthostatique et d'effets anticholinergiques indésirables relativement faibles.

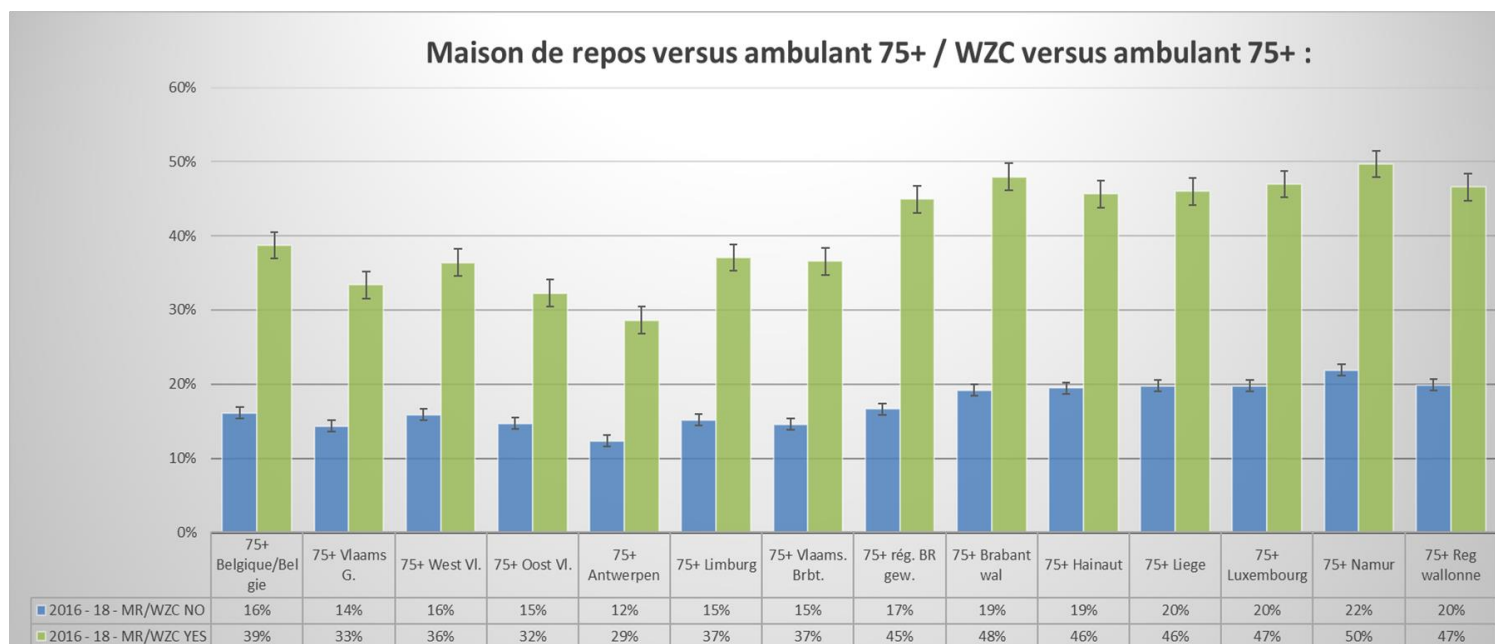
⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus avec une prescription d'antidépresseurs.**

L'indicateur représente le pourcentage des assurés de 75 ans et plus qui, au cours de l'année, ont reçu au moins une prescription pour antidépresseurs. Puisque la trazodone est souvent utilisée pour des indications autres que la dépression, les résultats de cet indicateur avec et sans trazodone sont présentés.

- **Avec trazodone :**



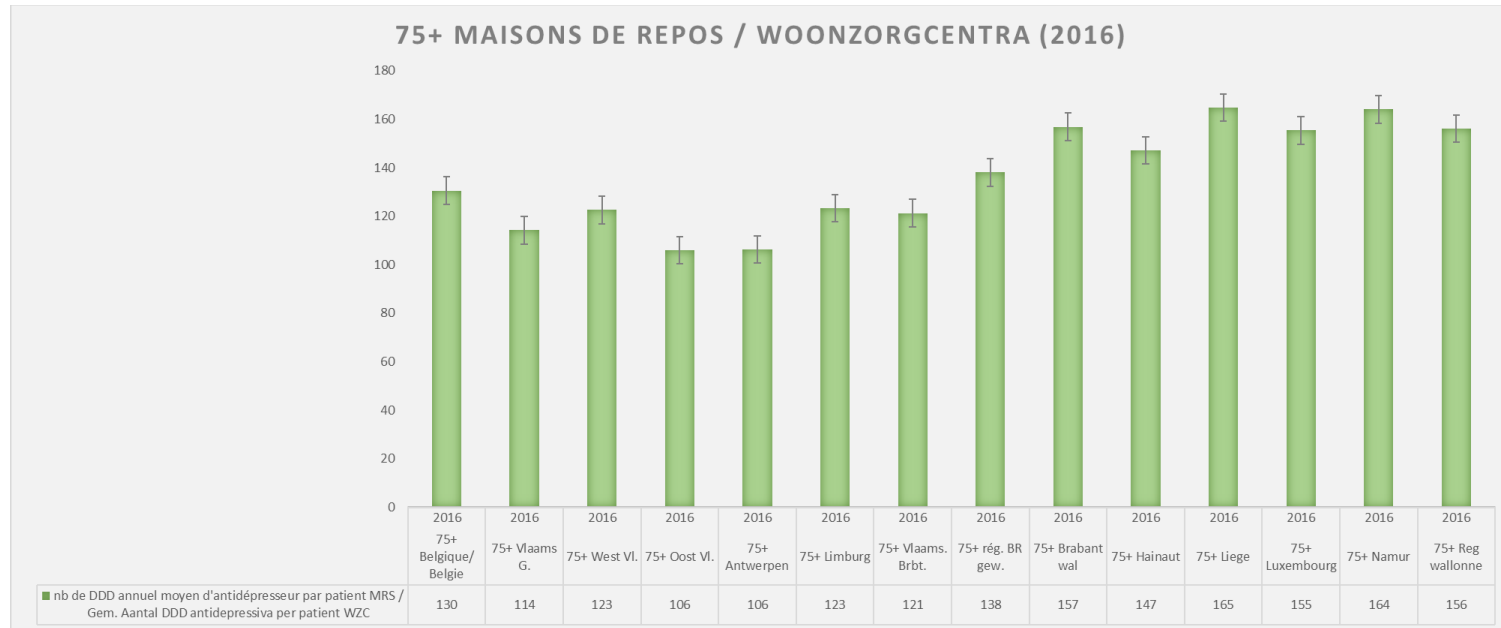
- Sans trazodone :



⇒ **Nombre de doses journalières d'antidépresseurs par résident**

L'indicateur représente le nombre de doses journalières d'antidépresseurs prescrites (y compris la trazodone) par résident (2016).

- **Avec trazodone :**

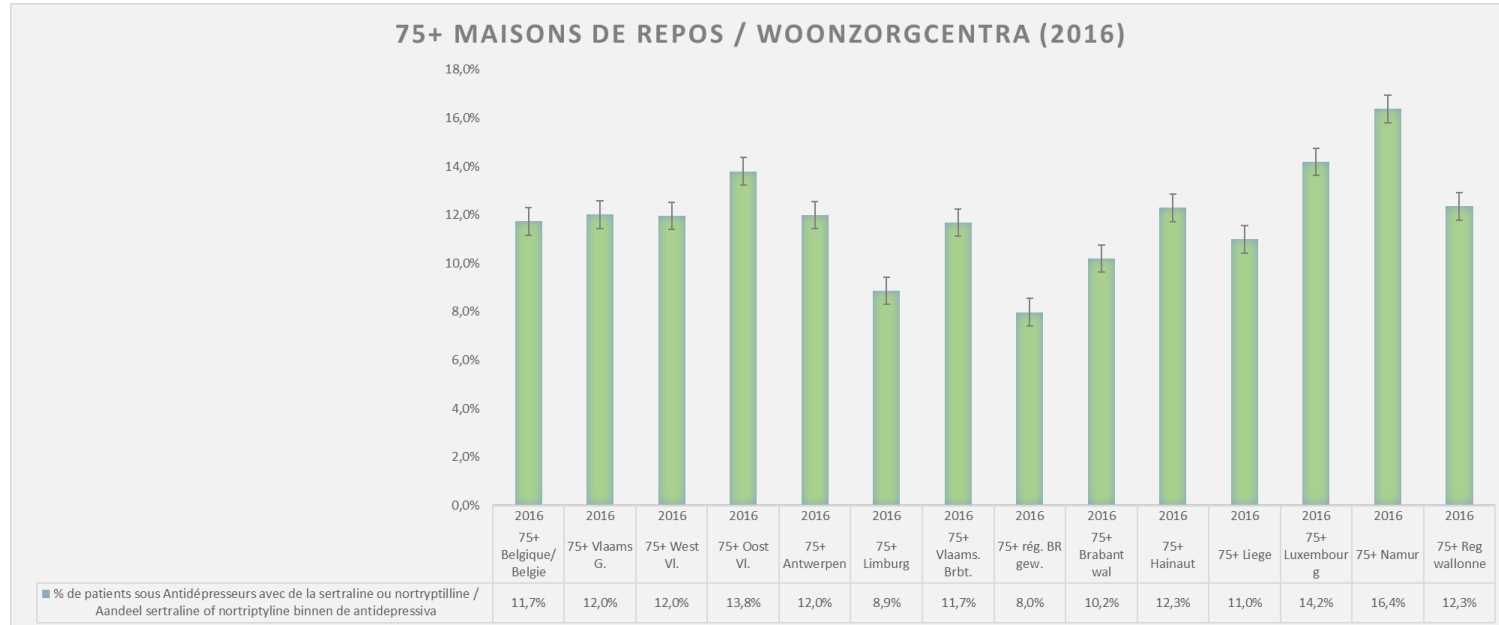


- Sans trazodone :



⇒ **Part de sertraline/nortriptyline parmi les antidépresseurs**

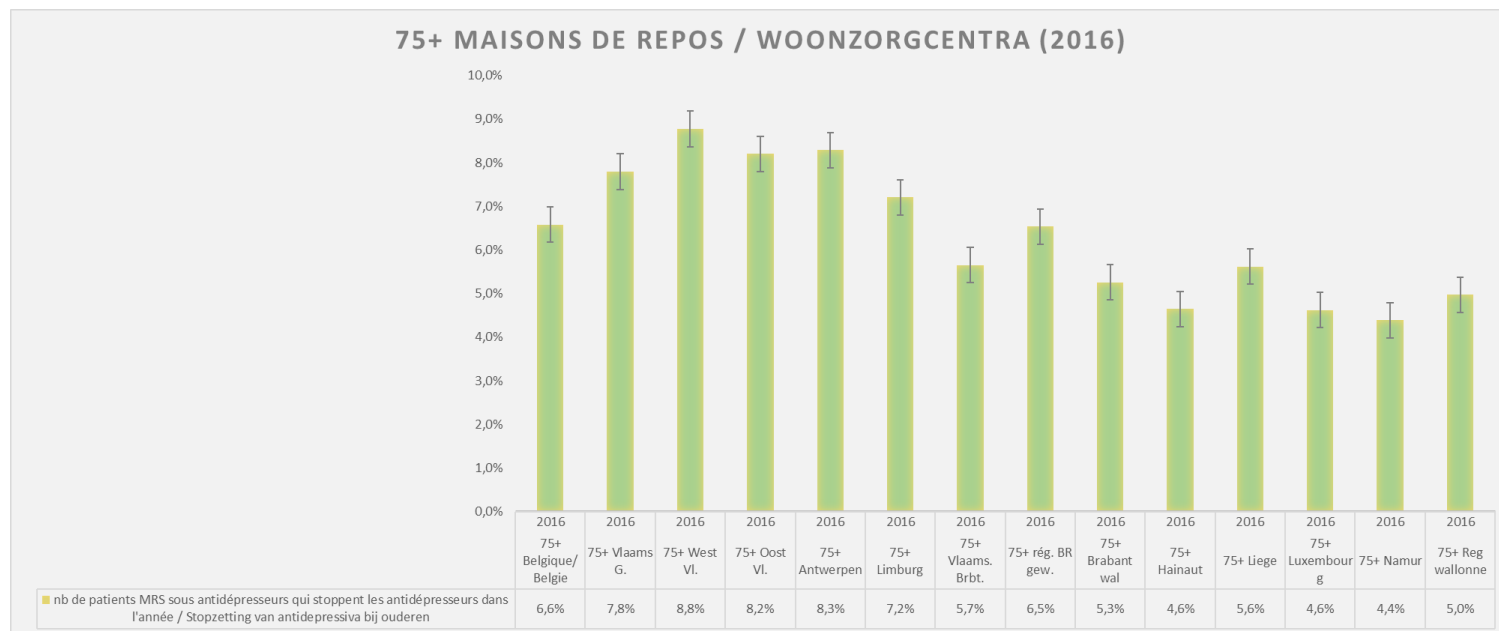
Dans la population traitée par un antidépresseur (y compris la trazodone), l'indicateur indique le pourcentage de la population ayant reçu de la sertraline ou de la nortriptyline.



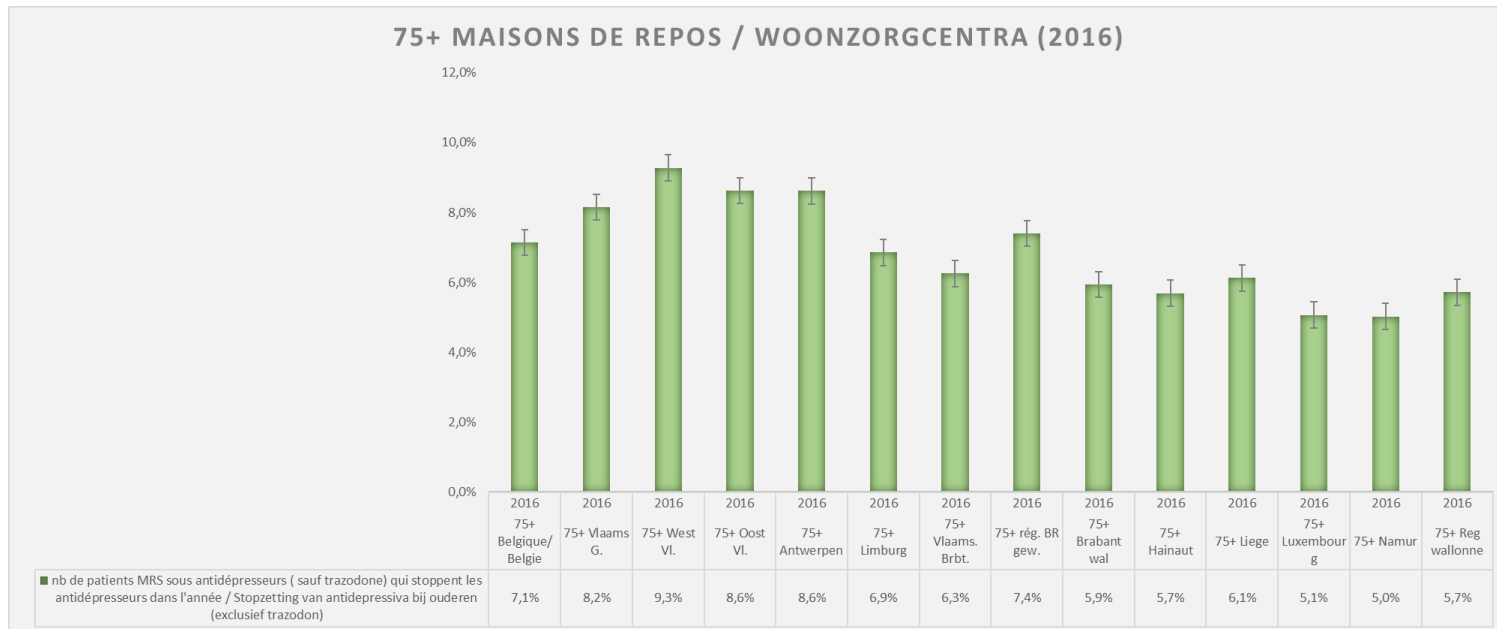
⇒ **Arrêt des antidépresseurs chez les personnes âgées**

Dans la population qui a reçu plus de 80 doses journalières d'un antidépresseur (y compris la trazodone) en 2015, l'indicateur représente le pourcentage de la population qui n'a pas reçu d'antidépresseur en 2016.

- **Avec trazodone :**



- Sans trazodone :



ANTIPSYCHOTIQUES

- **L'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées dans le cadre d'une démence n'est pas recommandée comme pratique courante.**
- **Si des antipsychotiques sont initiés en raison de délires aigus, la médication doit être interrompue dès la disparition des symptômes. Un traitement à long terme par antipsychotiques n'est pas recommandé.**

RÉFLEXION

Les indications des antipsychotiques en dehors du cadre de la psychose sont limitées.

Troubles comportementaux en cas de démence

Les troubles comportementaux en cas de démence sont abordés de préférence d'une façon non médicamenteuse. Les antipsychotiques n'ont leur place que si une approche non médicamenteuse n'a pas d'effet satisfaisant ou si les troubles du comportement constituent un danger pour le patient, son environnement ou le personnel soignant.

Il est préférable de limiter le traitement par antipsychotiques dans le cadre de troubles comportementaux en cas de démence à maximum 3 mois. La nécessité de poursuivre le traitement aux antipsychotiques doit être évaluée régulièrement. Les bénéfices à plus long terme sont moins clairs que les effets à court terme mais le risque de mortalité reste sensiblement élevé. Par conséquent, il convient de tenter régulièrement d'arrêter (progressivement) la médication.

Délire aigu

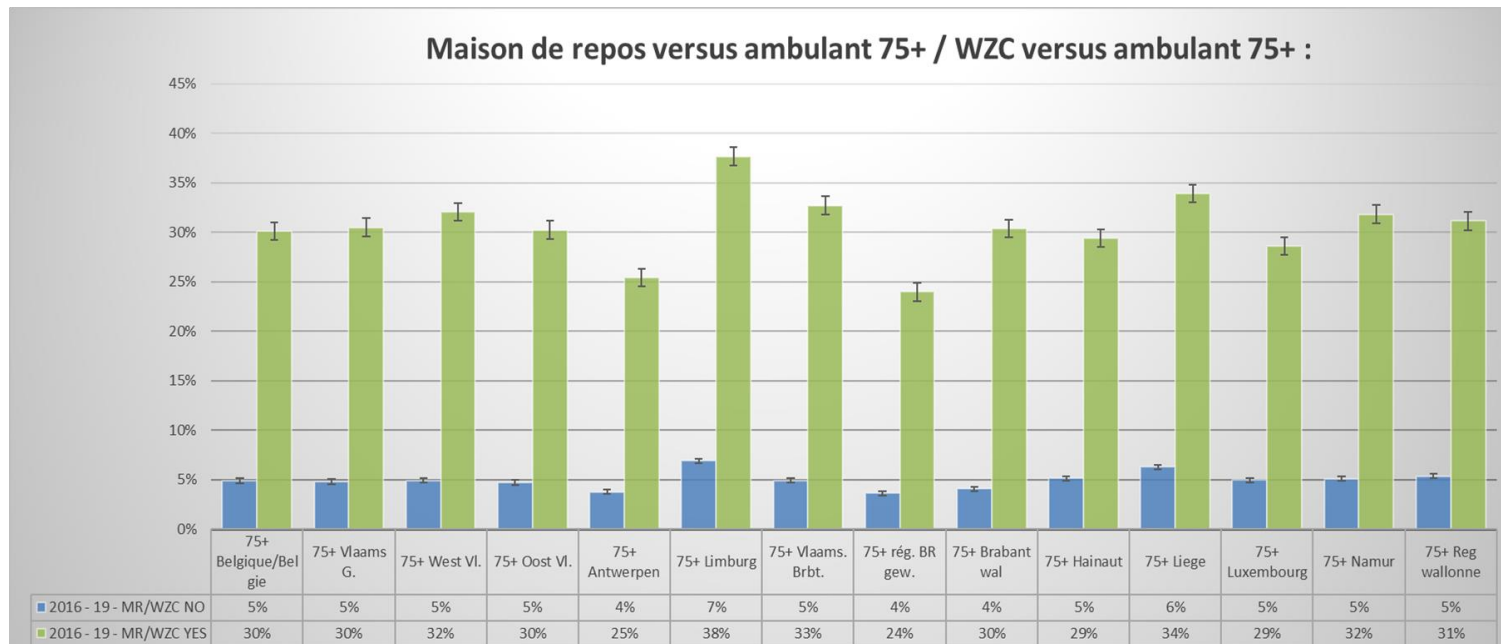
En cas de délire aigu, il convient tout d'abord de s'attaquer à la cause sous-jacente (médication responsable, retrait de médicaments, trouble somatique sous-jacent). En outre, des mesures non médicamenteuses primaires sont recommandées.

Un traitement symptomatique du délire aigu peut être indiqué pour lutter contre l'angoisse, les hallucinations/illusions, en cas d'agitation motrice importante (prévention des blessures) ou pour permettre de réaliser un examen ou un traitement essentiel. L'initiation ou non d'un traitement à base d'antipsychotiques doit être examinée au cas par cas. L'efficacité des antipsychotiques (typiques et atypiques) pour le contrôle des symptômes en cas de délire n'a pas été démontrée de façon univoque. Si le traitement a été initié en raison d'un délire aigu, il convient d'interrompre la médication dès la disparition des symptômes.

L'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées doit être limitée autant que possible dans le temps, à l'exception de la psychose/schizophrénie existante (ou sur les recommandations d'un spécialiste). Il convient de tenter régulièrement d'arrêter (progressivement) le traitement.

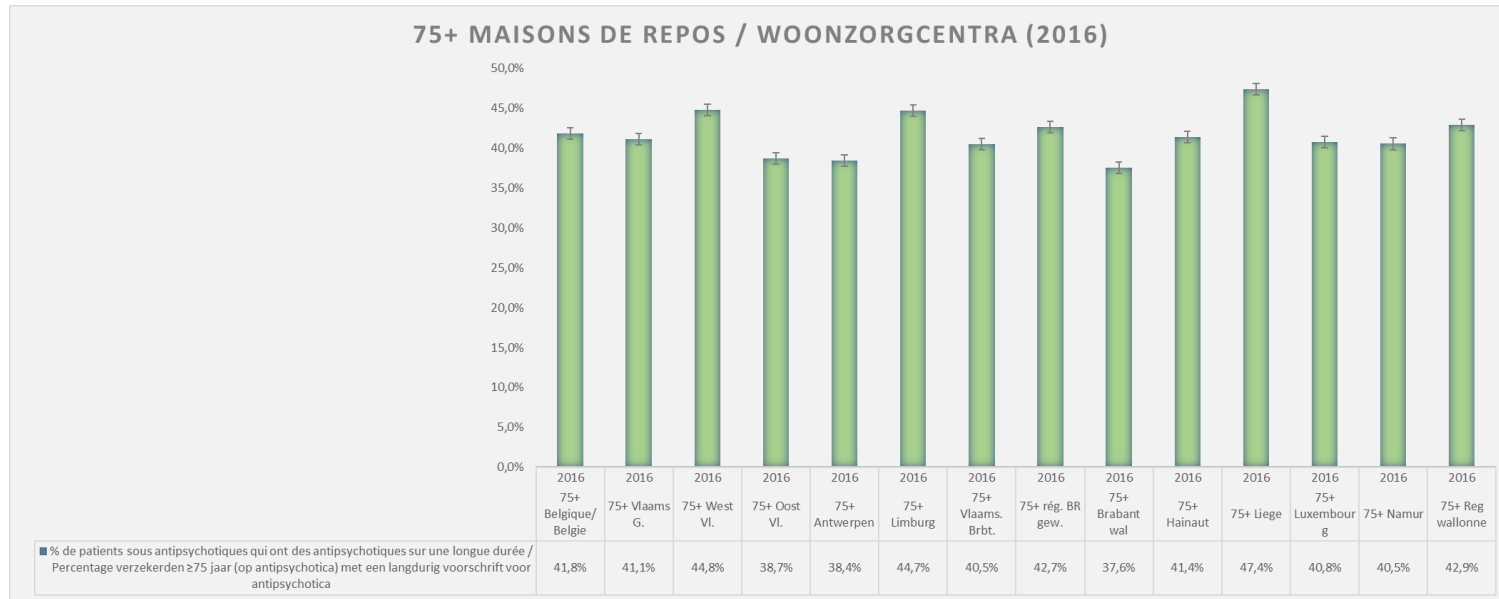
⇒ **Pourcentage d'assurés de 75 ans et plus avec une prescription d'antipsychotiques**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans qui, au cours de l'année, ont reçu au moins une prescription pour antipsychotiques.



⇒ **Pourcentage d'assurés ≥75 ans (consommant des antipsychotiques) avec une prescription d'antipsychotiques de longue durée**

L'indicateur représente le pourcentage de la population concernée avec au moins une prescription d'antipsychotiques entre janvier et septembre 2016 qui, entre octobre 2014 et décembre 2015 ont reçu >90 DDD d'antipsychotiques.



THÈME II Biologie clinique

1. Screening

FONCTION THYROÏDIENNE

- N'effectuez aucun dépistage systématique de la fonction thyroïdienne (dosage de la TSH), ne le faites qu'en cas de dépistage ciblé.
- Si le dépistage de la fonction thyroïdienne est indiqué (dépistage ciblé), procédez uniquement à un dosage de la TSH. La T4 libre (et rarement la T3) ne doit être déterminée que dans un deuxième temps, en cas de valeur TSH anormale.

RÉFLEXION

Les tests de la fonction thyroïdienne sont souvent effectués de façon systématique lors d'un « prélèvement sanguin général ». Toutefois, un dépistage excessif n'est pas indiqué car il induit un gaspillage important et peut potentiellement avoir des conséquences néfastes pour le patient en raison des procédures diagnostiques et thérapeutiques superflues qui en découlent.

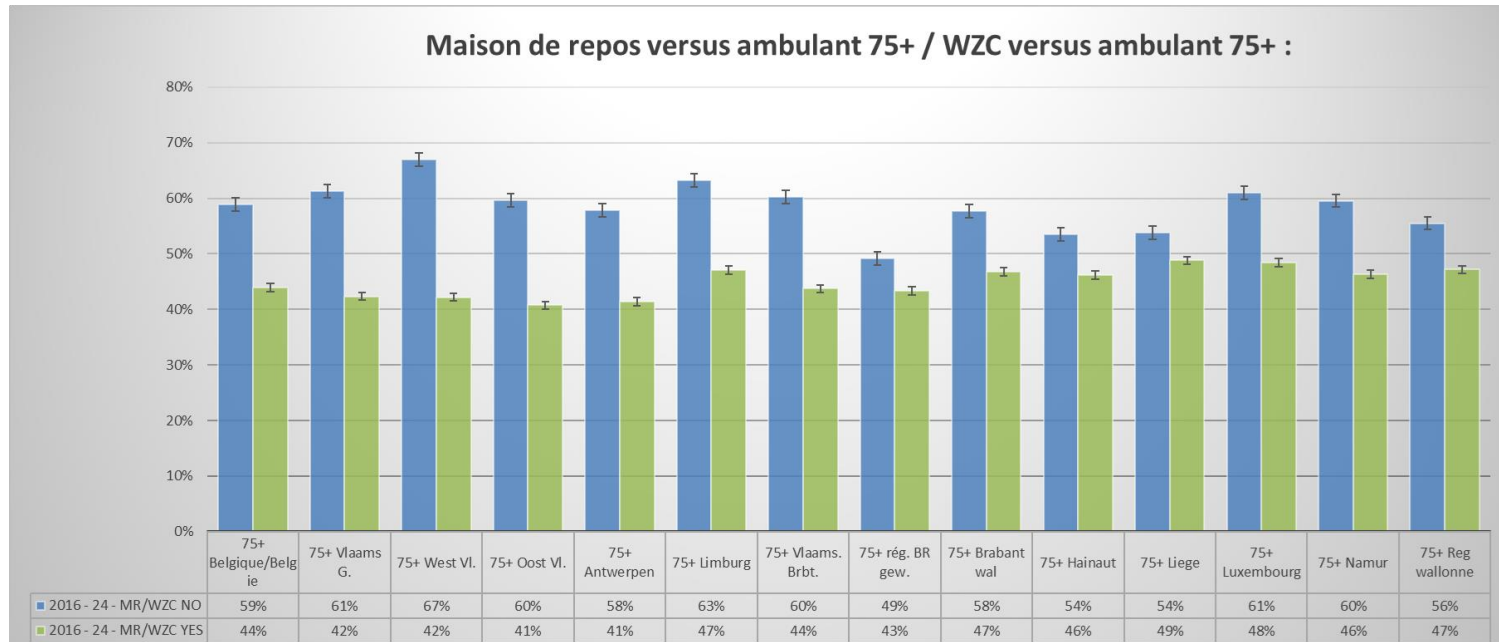
C'est la raison pour laquelle nous privilégions un dépistage ciblé et scientifiquement étayé en cas de demande de tests de laboratoire. Demandez uniquement les tests qui s'avèrent nécessaires chez un patient spécifique pour confirmer ou réfuter un soupçon clinique.

*Remarque : Naturellement, un dépistage ciblé ne relève pas du dénominateur « dépistage superflu ».

⇒ **Proportion d'assurés ≥75 ans qui ont subi un dépistage de la fonction thyroïdienne superflu***

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans sans diabète avéré ni affection thyroïdienne qui, au cours de l'année, ont subi un dépistage de la fonction thyroïdienne dont la prescription a été rédigée par le médecin généraliste.

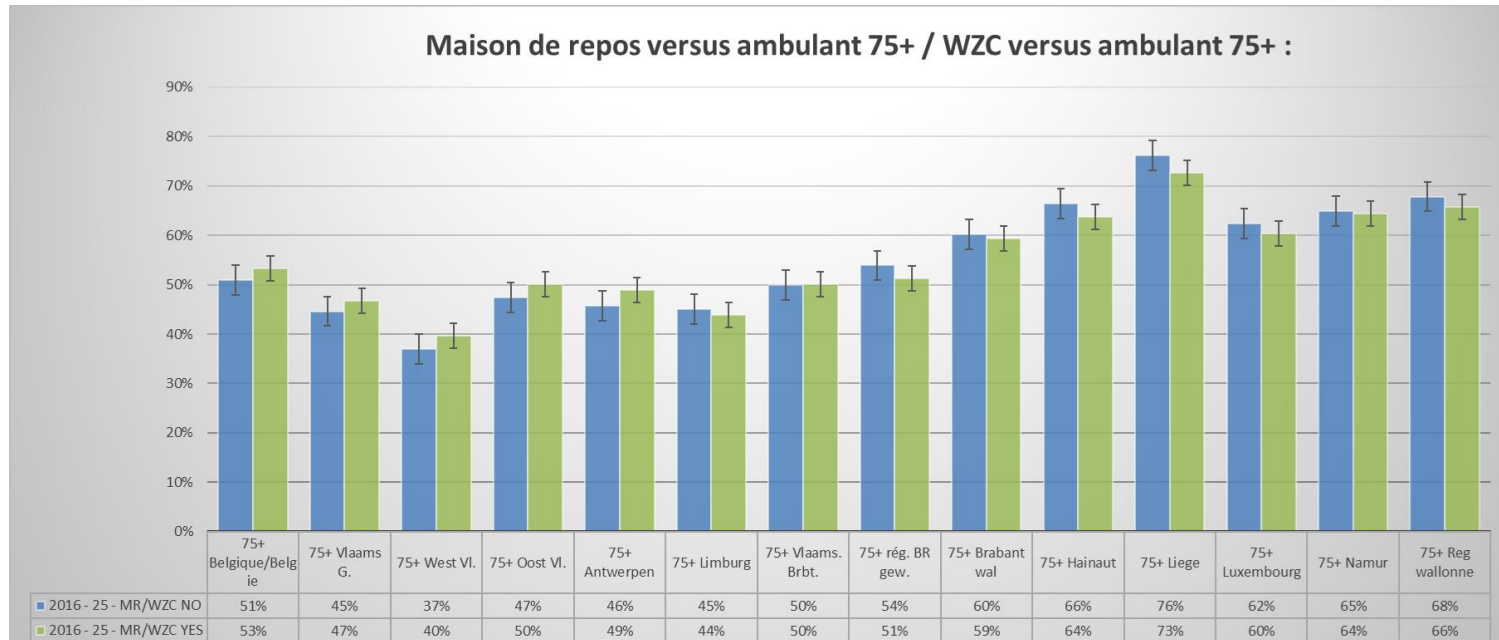
La population concernée représente 72 % de la population des MR (61.253 assurés dans la présente analyse).



⇒ **Usage excessif de la détermination combinée de la T4-T3 lors du dépistage d'un dysfonctionnement thyroïdien**

L'indicateur représente le pourcentage de résidents sans diabète avéré ni affection thyroïdienne qui ont subi un dépistage TSH où la détermination de la T4 et/ou T3 a également été effectuée sur prescription du médecin généraliste.

La population concernée représente 38 % de la population des MR (32.745 assurés dans la présente analyse).



2. Diagnostic

HYPERTENSION

- **Procédez toujours* à un dosage de la créatinine avant l'initiation de diurétiques, d'inhibiteurs de l'ECA et d'antagonistes de l'angiotensine II.**

*Un dosage jusqu'à 6 mois avant l'initiation est considéré comme récent. Le cas échéant, il n'est pas nécessaire de le réitérer, à moins qu'il n'y ait de quoi soupçonner un déclin de la fonction rénale au cours de cette période.

RÉFLEXION

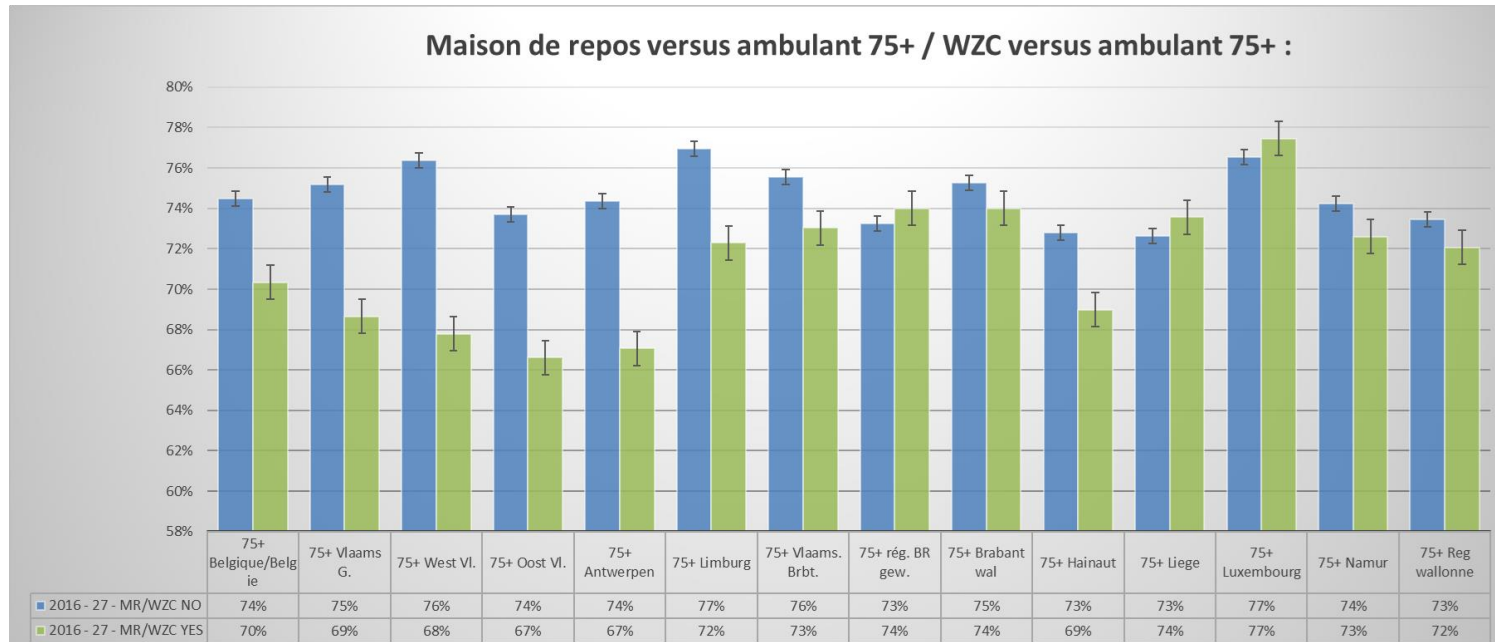
Les patients souffrant d'hypertension présentent un risque d'insuffisance rénale. Les diurétiques, les inhibiteurs de l'ECA et les antagonistes de l'angiotensine II permettent de gérer l'hypertension. Ce qui induit à long terme un effet néphroprotecteur. D'un autre côté, la fonction rénale peut (encore) diminuer radicalement en cas d'utilisation de cette médication.

C'est la raison pour laquelle nous suivons l'évidence scientifique et privilégions une détermination de la fonction rénale (créatinine) de tous les nouveaux utilisateurs avant l'initiation. Par exemple, il existe une valeur de référence individuelle pour prévoir un suivi approprié de la fonction rénale.

⇒ **Proportion de nouveaux utilisateurs d'antihypertenseurs avec initiation adéquate (c'est-à-dire avec dosage récent de la créatinine)**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans chez qui des diurétiques, des inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes de l'angiotensine II ont été initiés et qui ont antérieurement subi un dosage de la créatinine (tous prescripteurs confondus).

La population concernée représente 5 % de la population des MR (4.318 assurés dans la présente analyse).



3. Suivi

DIABÈTE

➤ **Offrez aux résidents atteints du diabète sucré un suivi adéquat*.**

*Il consiste en une évaluation annuelle de l'état lipidique, une évaluation de la glycémie à jeun tous les trois mois, une évaluation de l'HbA1c 2 fois par an, une évaluation de la microalbuminurie ou de la protéinurie tous les ans, un bilan ophtalmique tous les ans.

RÉFLEXION

Malgré un trajet de soins du diabète bien étayé et développé (passeport du diabète, trajet de soins, convention diabète), un suivi optimal des diabétiques semble loin d'être évident. Outre le médecin généraliste, le spécialiste (endocrinologue, ophtalmologue) et le patient lui-même sont naturellement des acteurs importants dans ce processus.

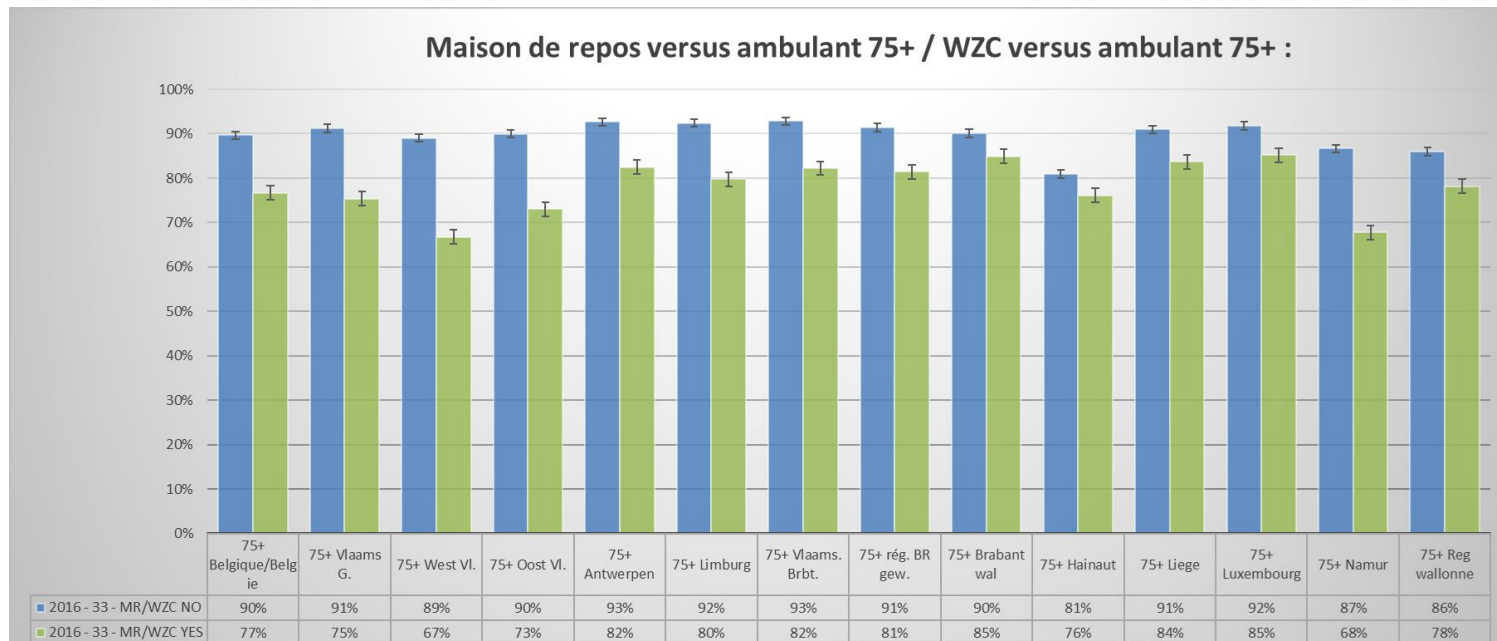
Les facteurs de motivation, l'accessibilité des spécialistes et une bonne communication entre les différents dispensateurs de soins (répartition des tâches, rapports) sont des éléments qui rendent si complexes les soins relatifs à cette maladie chronique. De bons accords entre les différents dispensateurs de soins au niveau local sont essentiels pour optimiser ces soins.

Patients diabétiques insulino-dépendants

La population concernée représente 6 % de la population des MR (4.692 assurés dans la présente analyse).

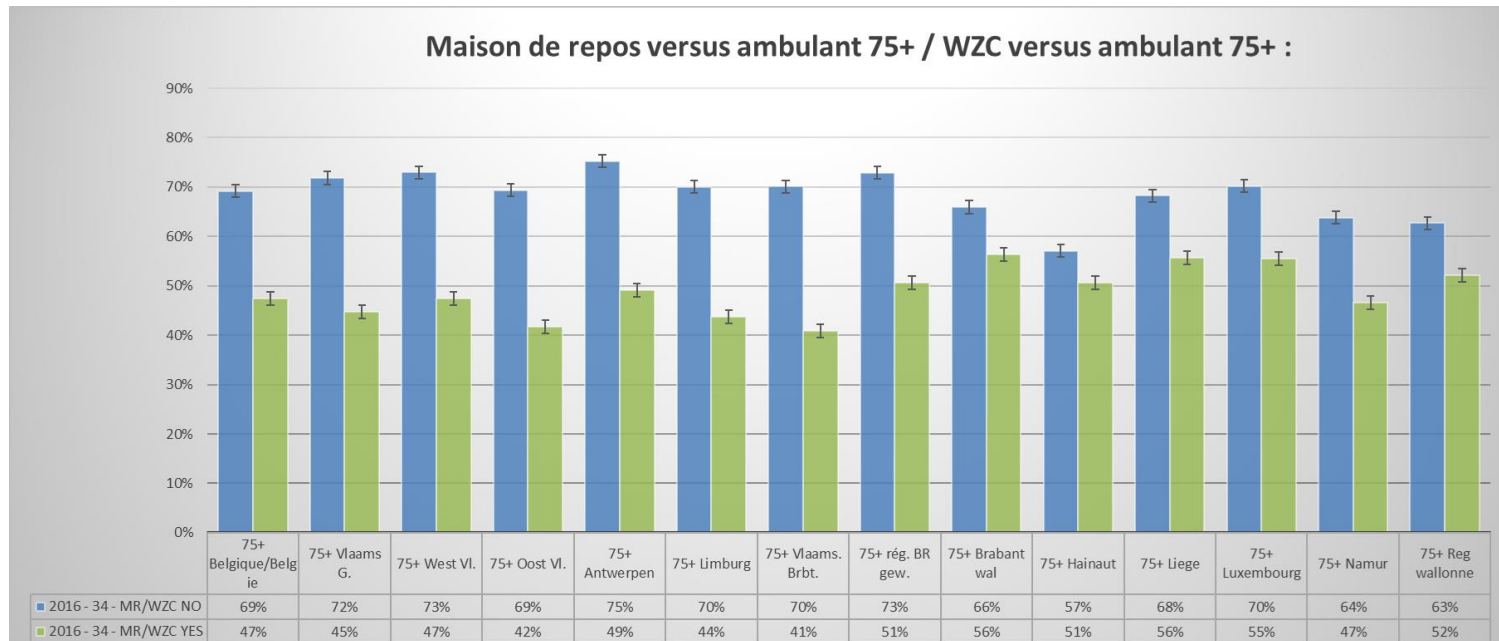
⇒ Proportion de patients diabétiques dont l'HbA1c est déterminé tous les 6 mois

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans diabétiques insulino-dépendants dont l'HbA1c a été déterminé au moins 2 fois au cours de l'année de dépistage (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).



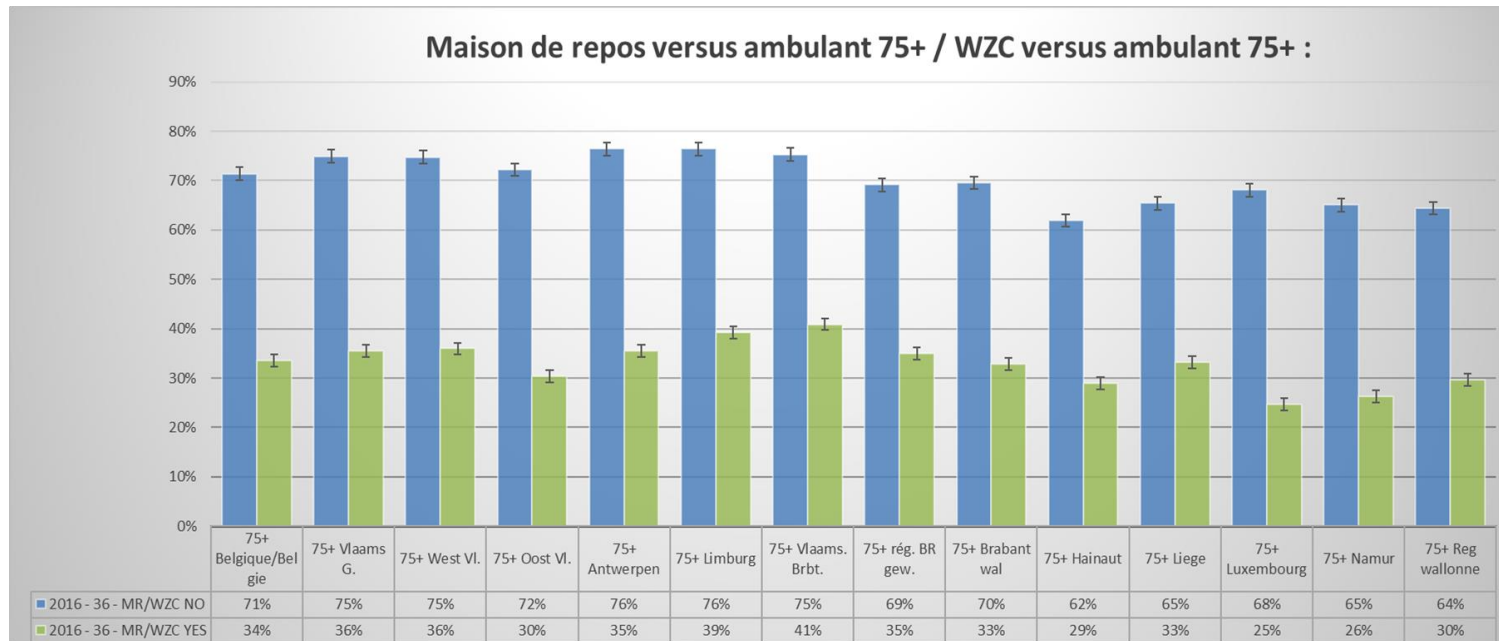
⇒ **Proportion de patients diabétiques dont la protéinurie/microalbuminurie est déterminée tous les ans**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans diabétiques insulinodépendants dont la protéinurie et/ou microalbuminurie a été déterminée au moins 1 fois au cours de l'année de dépistage (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).



⇒ **Proportion de patients diabétiques avec consultation chez un ophtalmologue dans l'année**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans diabétiques insulinodépendants ayant effectué, au moins 1 fois au cours de l'année de dépistage, une consultation chez un ophtalmologue (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).

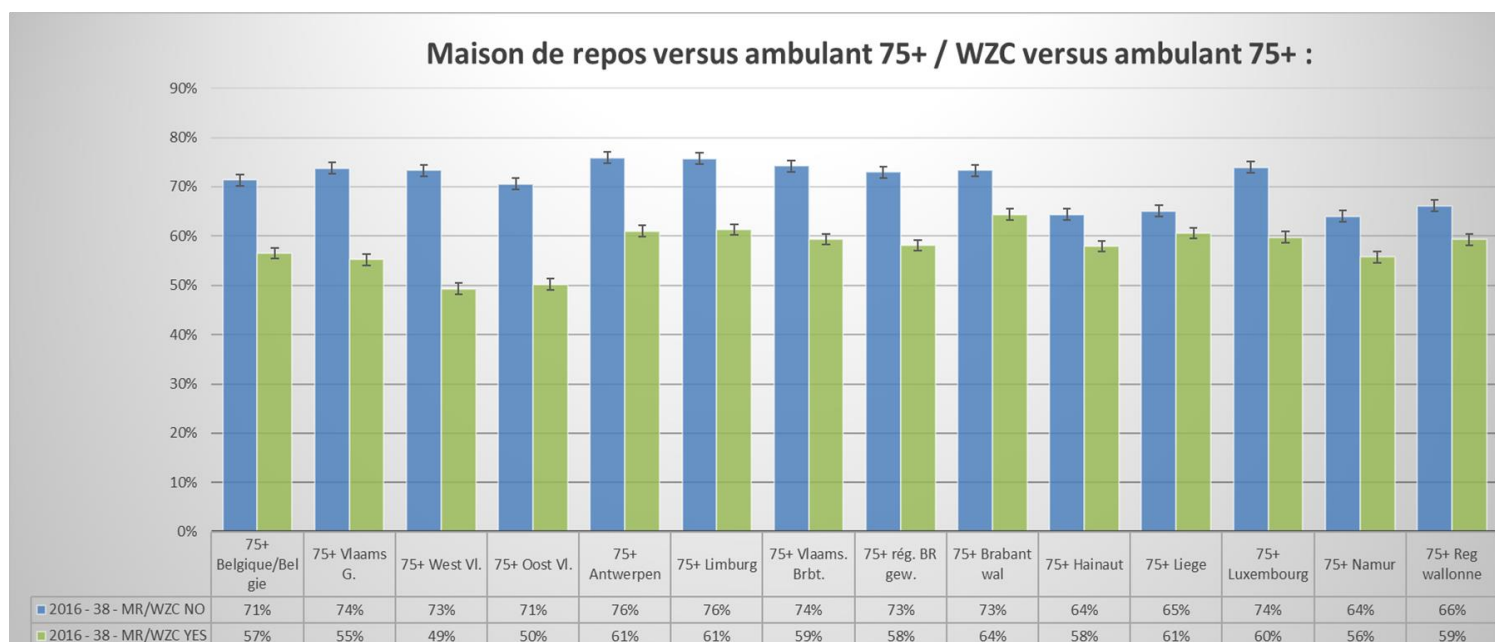


Patients diabétiques non insulinodépendants

La population concernée représente 5 % de la population des MR (3.942 assurés dans la présente analyse).

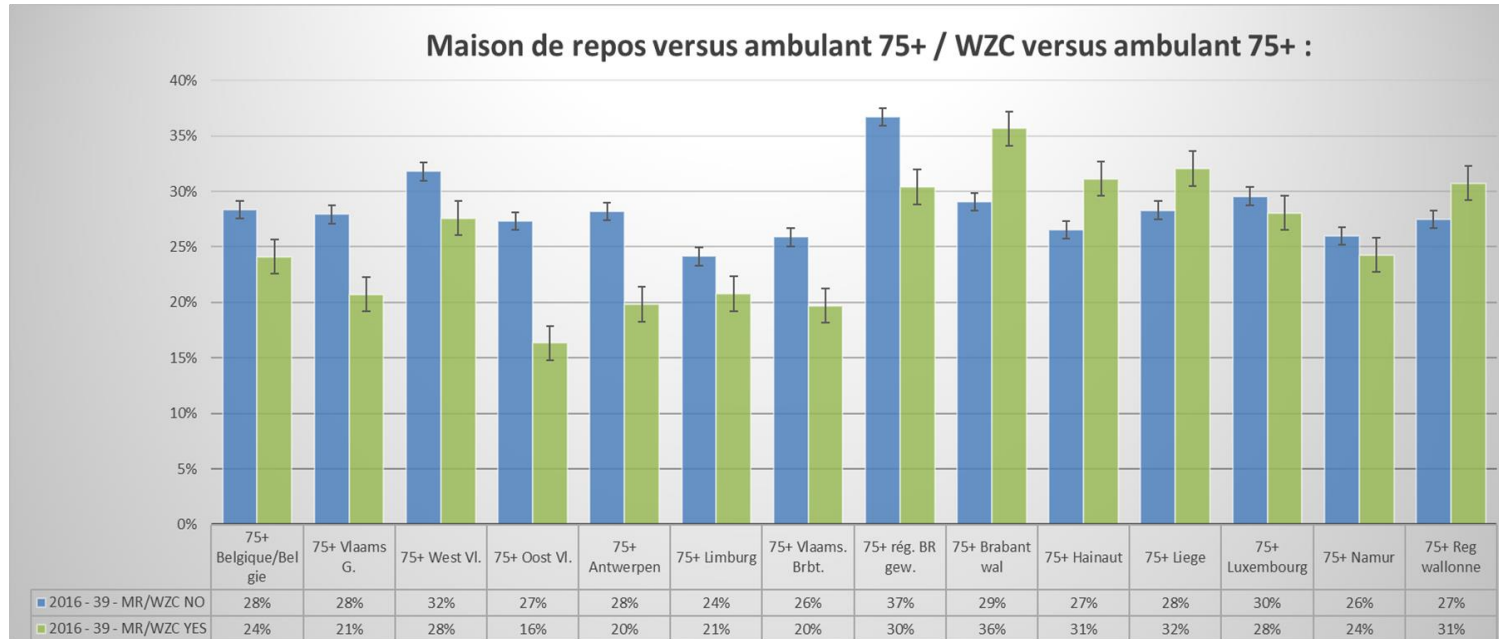
⇒ **Proportion de patients diabétiques dont l'HbA1c est déterminé tous les 6 mois**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans diabétiques non insulinodépendants dont l'HbA1c a été déterminé au moins 2 fois au cours de l'année de dépistage (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).



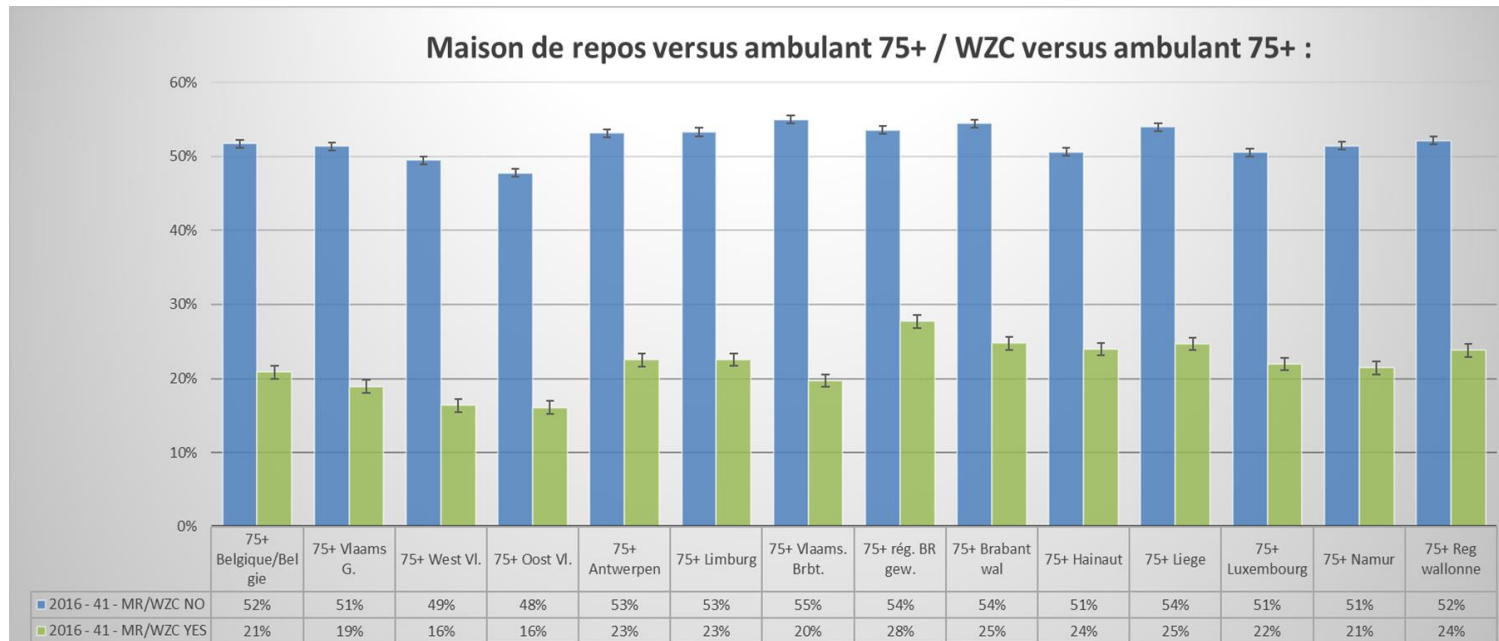
⇒ **Proportion de patients dont la protéinurie/microalbuminurie est déterminée tous les ans**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans diabétiques non insulinodépendants dont la protéinurie et/ou microalbuminurie a été déterminée au moins 1 fois au cours de l'année de dépistage (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).



⇒ **Proportion de patients diabétiques avec consultation chez un ophtalmologue dans l'année**

L'indicateur représente le pourcentage d'assurés ≥75 ans diabétiques non insulinodépendants ayant effectué, au moins 1 fois au cours de l'année de dépistage, une consultation chez un ophtalmologue (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).



HYPERTENSION

➤ **Contrôlez la créatinine 1 fois/an chez les patients traités par inhibiteurs de l'ECA, sartans ou diurétiques.**

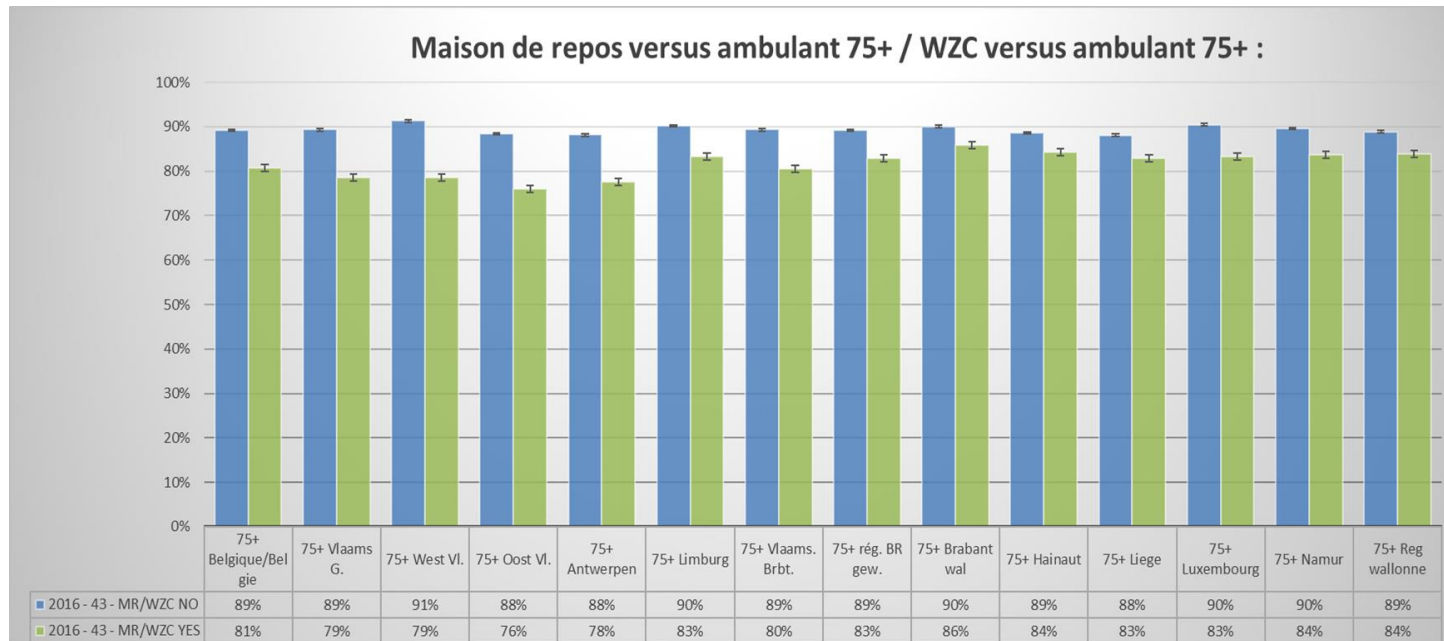
RÉFLEXION

Les patients souffrant d'hypertension présentent un risque d'insuffisance rénale. Les diurétiques, les inhibiteurs de l'ECA et les antagonistes de l'angiotensine II permettent de gérer l'hypertension (effet néphroprotecteur à long terme). D'un autre côté, la fonction rénale peut (encore) diminuer radicalement en cas d'utilisation de cette médication. Par conséquent, il est recommandé de surveiller la fonction rénale des utilisateurs au moins une fois par an. Par exemple, des ajustements thérapeutiques ciblés (par ex. ajustement posologique, changement de molécule/classe) peuvent être opérés, si nécessaire.

⇒ **Proportion d'assurés ≥75 ans traités au moyen d'inhibiteurs de l'ECA-I, de sartans ou de diurétiques, avec suivi biochimique adéquat (≥1x/an créatinine)**

L'indicateur représente le pourcentage des assurés ≥75 ans traités au moyens d'inhibiteurs de l'ECA-I, de sartans ou de diurétiques dont la créatinine a été déterminée au moins 1 fois au cours de l'année de dépistage (tous prescripteurs et dispensateurs de soins confondus).

La population concernée représente 38 % de la population des MR (32.258 assurés dans la présente analyse).



RÉFÉRENCES

Médicaments

- ⇒ Avis du Conseil supérieur de la santé « Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale (2017-2018) »
- ⇒ BAPCOC - Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire, édition 2012 :
http://www.bcfi.be/legacy_assets/antibioticagids-fr.pdf
- ⇒ BAPCOC/SBIMC - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 :
http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guidelineshospi_2017_sbimc-bvikm_fr_v1.pdf
- ⇒ Objectifs de la BAPCOC 2014-2019 :
http://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/policy_paper_bapcoc_executive_summary_2014-2019_english.pdf
- ⇒ Penicillin allergy-getting the label right. Drug Ther Bull 2017 ; 55(3):33-6.
- ⇒ Farmaka : formularium ouderenzorg <https://www.farmaka.be/nl/formularium/> (november 2017)
- ⇒ O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015 ; 44(2): 213-8.
- ⇒ Domus Medica :
 - Directive « Dépression chez l'adulte » – 2016
 - Directive « Diabète sucré de type 2 » - 2015

- ⇒ Présentations Farmaka :
 - « Polypharmacie chez la personne âgée » – 2014
 - « Hypercholestérolémie en prévention primaire » – 2013
 - « Prise en charge de l'arthrose » – 2013

Biologie clinique

- ⇒ Domus Medica : Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen - Gevalideerd door CEBAM in maart 2011 en april 2012
- ⇒ Domus Medica: Richtlijn Diabetes Mellitus - Laatste update: 05.05.2015 Laatste contextuele review: 05.05.2015