



Feedback individuel des médecins généralistes

2016

Médicaments – Biologie clinique – Imagerie médicale et examens préopératoires



Janvier 2019

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité



SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant : Cellule Soins Efficaces

E-mail : appropriatecare@inami.fgov.be

Nos réf : 1802/CO/2019.1106

Bruxelles, janvier 2019

Concerne : Campagne d'information 2019 relative aux maisons médicales en Belgique

Madame, Monsieur,

Vous trouverez en annexe un rapport d'activités individuel concernant votre comportement en matière de prescription pour l'année 2016. L'objectif est de refléter votre activité dans différents domaines au cours de l'année en question. Il s'agit d'un feed-back sur votre comportement prescripteur pour certains médicaments, la biologie clinique, l'imagerie médicale et les examens préopératoires sur la base d'indicateurs de qualité.

Ce rapport s'adresse aux maisons médicales ayant reçu en 2016 au moins 100 patients dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il joue essentiellement un rôle didactique. Pour la première fois, ce feed-back s'adresse aux pratiques de médecine générale (pratiques individuelles ou pratiques de groupe).

La composition des groupements est basée sur les données contenues dans www.MyInami.be. Si vous le souhaitez, vous pouvez modifier la composition de la pratique de groupe via ce site web.

Une autre nouveauté est que vous recevez ci-joint par courrier un résumé présentant les résultats les plus frappants au sujet des indicateurs sélectionnés. Votre pratique est comparée aux résultats nationaux. Sur votre page personnelle de votre e-healthbox, vous trouverez l'analyse complète accompagnée des recommandations « evidence based » actuellement en vigueur concernant l'utilisation et le comportement prescripteur des indicateurs : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/myehealth/>

Cette campagne d'information a été mise sur pied en collaboration avec le Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ). Vous trouverez la lettre d'accompagnement du CNPQ en annexe. Cette campagne est également prévue dans l'Accord national médico-mutualiste du 19 décembre 2017.

Enfin, nous vous renvoyons au site Internet de l'INAMI (www.inami.fgov.be) où vous trouverez toutes les informations utiles sur cette campagne ainsi qu'un exemple anonyme de feed-back. Vous avez également la possibilité d'y compléter un formulaire d'évaluation. Pour cela suivez ces étapes : Professionnels ▶ Professionnels de la santé ▶ Médecins ▶ Qualité des soins ▶ Rapports d'activité individuels et feed-back

Le Fonctionnaire dirigeant,

Alain GHILAIN
Directeur général a.i.

CONSEIL NATIONAL DE PROMOTION DE LA QUALITÉ

Chère collègue, cher collègue,

En notre qualité de médecins généralistes vous représentant au sein du Conseil national pour la promotion de la qualité des soins (CNPQ), et nous basant sur notre expérience pratique clinique, nous avons pu orienter le présent feed-back concernant votre comportement prescripteur.

Au sein du CNPQ, des médecins issus des associations professionnelles, des universités et des associations scientifiques travaillent avec les représentants des mutualités et des pouvoirs publics au niveau du suivi de la qualité des soins.

Nous estimons que le travail des médecins généralistes en Belgique est essentiel.

Les soins que dispensent l'ensemble des médecins généralistes sont globalement de qualité et placent le patient au centre de l'activité médicale.

Bien sûr il y a toujours moyen de faire mieux.

C'est pourquoi, en notre qualité de médecins généralistes au sein du CNPQ, nous attirons votre attention sur le document ci-annexé comportant un feed-back individuel.

Ce document présente des chiffres intéressants relatifs à vos prescriptions de médicaments, à l'imagerie médicale et aux tests de laboratoire.

Les recommandations faites dans ce feed-back ne constituent néanmoins pas un livre de recettes à respecter à la lettre.

Au niveau de notre travail clinique, la médecine dite « evidence based » doit combiner trois éléments :

- les directives validées sur la base de la recherche scientifique dans le domaine de la médecine générale,
- les valeurs et préférences de nos patients,
- notre propre expérience et notre propre jugement clinique, en concertation avec nos collègues.

Le présent feed-back est une invitation à la réflexion individuelle et à un débat mutuel avec les collègues sur les points d'attention prioritaires en matière de soins de santé.

Grâce à ce feed-back, vous pourrez entreprendre des actions ciblées et progressives et suivre ces actions sur la base de chiffres pertinents : individuellement, au sein de votre groupement professionnel et dans votre GLEM.

Ensemble nous pourrons améliorer davantage les soins médicaux que nous dispensons.

Nous vous prions d'agréer, chère collègue, cher collègue, nos meilleures salutations.

Au nom de vos collègues médecins généraliste du CNPQ

Dr Michel Creemers, président du CNPQ

Dr Johan Wens, président du groupe de travail Médecine générale du CNPQ

Vous obtiendrez davantage d'informations concernant le CNPQ via www.inami.be > L'INAMI > Nos organes > Les organes du Service des soins de santé > Conseil national pour la promotion de la qualité des soins.

Sommaire

INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE.....	5
Quelles sont les données qui ont été utilisées ?	5
Identification de votre patientèle.....	6
Attribution de patients à une maison médicale	6
Exclusion de patients	6
Médecins Généralistes en Formation.....	6
Composition du groupe de comparaison	7
Quel est le contenu du rapport?.....	7
Comment les résultats sont-ils présentés?.....	7
Composition des pratiques de groupes	10
DESCRIPTION DE VOTRE PATIENTÈLE	11
INDICATEURS DE QUALITÉ	13
THÈME I: MÉDICAMENTS	13
1. Infections dans la pratique ambulatoire.....	13
Grippe	13
Antibiotiques.....	14
2. Médication des personnes âgées	20
Polymédication	20
Médicaments hypolipidémiants.....	21
anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS).....	22
médication anticholinergique	23
médication psychotrope	24

3. Médication psychotrope	25
Antidépresseurs.....	25
Antipsychotiques	27
4. Divers.....	29
Diabète: prescription de statines.....	29
inhibiteurs de la pompe à protons.....	30
Statines : prescription à des patients sans risque cardiovasculaire identifié.....	31
THÈME II: Biologie clinique	32
1. Dépistage	32
Diabète	32
Fonction thyroïdienne	33
cancer du col de l'utérus	35
2. Diagnostic.....	36
Hypertension.....	36
Bilans biochimiques généraux	37
tests hormonaux.....	39
3. Suivi.....	40
Diabète	40
Hypothyroïdie	46
Hypertension.....	47
THÈME III: Imagerie médicale et examens préopératoires	48
1. Usage excessif de l'imagerie de la colonne vertébrale	48
2. Usage excessif d'examens préopératoires	51
3. Exposition aux rayonnements par imagerie médicale obsolète	53
4. Usage excessif de l'échographie de la glande thyroïde.....	55
5. Dépistage du cancer du sein	56
RÉFÉRENCES.....	59
Médicaments	59
Biologie clinique	60
Imagerie médicale et examens préopératoires	60

Introduction

Ce rapport d'activités individuel a pour objectif principal de vous fournir, grâce à un certain nombre d'indicateurs répartis par thème, une image de la qualité des soins que vous dispensez à vos patients. Les indicateurs ont été choisis et validés en concertation avec des représentants des médecins généralistes de Domus Medica et de la SSMG. Les thèmes traités font partie des priorités du CNPQ (Conseil National de la Promotion de la Qualité). Par conséquent, ce feed-back personnalisé est soutenu par le CNPQ et la Commission nationale médico-mutualiste (Médicomut).

Vos résultats sont comparés à ceux d'un groupe de médecins généralistes. La façon dont ce groupe a été constitué est expliquée dans le présent document.

Nous insistons sur le fait que nous avons conçu ce document comme un instrument de travail **positif**, dont l'objectif est d'inciter à la réflexion personnelle et à l'amélioration des processus au sein de votre pratique. Ainsi, nous pouvons continuer d'évoluer ensemble vers une médecine de première ligne encore plus axée sur l'évidence et sur une prestation de soins de haute qualité.

Dans une optique d'amélioration continue, nous aimerions avoir votre avis sur le présent feedback. Vous pouvez nous faire part de vos réflexions via le formulaire prévu au lien suivant :

https://fr.surveymonkey.com/r/feedback_MG_2018_FR

Méthodologie

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

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

Quelles sont les données qui ont été utilisées ?

Pour ce feed-back, nous nous appuyons sur 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, 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 vos prestations (consultations, visites à domicile, etc.) et à vos prescriptions d'imagerie médicale et de biologie clinique se basent sur vos attestations de soins et sur ces prescriptions ;
- ⇒ les données relatives à vos prescriptions de médicaments s'appuient sur vos ordonnances délivrées 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 patients qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie ne font pas partie de votre rapport d'activités individuel. Les médicaments et les prestations qui ne sont pas remboursés par l'INAMI n'ont pas non plus été pris en compte.

Identification de votre patientèle

Attribution de patients à une maison médicale

⇒ Patients qui étaient inscrits dans la maison médicale pendant toute l'année 2016.

Exclusion de patients

- ⇒ Patients ayant séjourné ≥ 31 jours dans une maison de repos en 2016
- ⇒ Patients hospitalisés fréquemment ou pendant une longue durée (hospitalisation ≥ 120 jours ou ≥ 6 hospitalisations en 2016).
- ⇒ Patients nés ou décédés en 2016

Médecins Généralistes en Formation

Sélection de la population de patients

Les patients inscrits vus par un Médecin Généraliste en Formation (MGF) sont attribués, tout comme les autres patients inscrits, à la maison médicale correspondante.

Prescriptions rédigées par le MGF

Les prescriptions de médicaments, d'imagerie médicale et de biologie clinique sont rédigées par le MGF en son nom propre. Un MGF peut travailler dans plusieurs pratiques au cours d'une même année civile. Par conséquent, il n'est techniquement pas possible d'attribuer les prescriptions (de médicaments, d'imagerie médicale et de biologie clinique) qui ont été rédigées par un MGF aux pratiques correspondantes.

Interprétation des indicateurs

Pour les maisons médicales qui emploient un MGF, les résultats de certains indicateurs peuvent être biaisés.

Par exemple, il se peut que le pourcentage de patients ayant eu au moins une prescription d'antibiotiques (prescrits au sein de votre maison médicale) soit sous-estimé du fait que les prescriptions du MGF n'ont pas été prises en compte.

Composition du groupe de comparaison

⇒ Votre pratique est comparée à celle d'autres maisons médicales. Les maisons médicales ayant moins de 100 patients attribués en 2016 n'ont pas été prises en compte.

Remarque : l'attribution de patients à une maison médicale est liée à l'inscription du patient dans celle-ci. Dans le cadre de médecine à l'acte, il n'est actuellement pas possible d'attribuer des patients de la même façon (aucune « inscription » formelle dans une pratique). De même, une attribution uniquement sur la base du DMG n'est actuellement pas possible, du fait qu'une proportion significative des patients dans la médecine à l'acte n'ont pas de DMG. Compte tenu des différences dans l'attribution de la patientèle, les deux systèmes ne sont pas directement comparables pour certains indicateurs. Les résultats de votre maison médicale sont donc exclusivement comparés aux résultats des autres maisons médicales.

⇒ Les maisons médicales sont pondérées en fonction du nombre de médecins qui y exercent. Par exemple, le score d'une maison médicale comptant deux médecins a été repris deux fois dans l'échelle comparative et le score d'une maison médicale comptant 5 médecins a été repris 5 fois (chaque fois avec la même valeur).

Quel est le contenu du rapport?

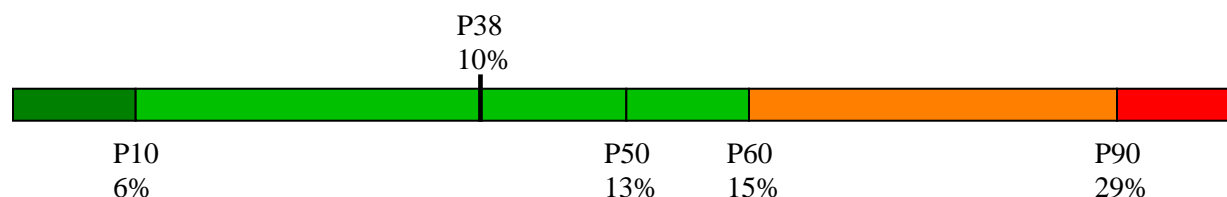
Ce feed-back individuel comporte une **description de votre patientèle**, suivie de **3 thèmes avec des indicateurs de qualité**.

- Thème 1 : Médicaments
- Thème 2 : Biologie clinique
- Thème 3 : Imagerie médicale

Comment les résultats sont-ils présentés?

Pour les indicateurs de qualité, vos résultats sont présentés par indicateur à l'aide d'une **échelle de comparaison visuelle**. Par ailleurs, un ou plusieurs messages clés et une réflexion ont été formulés pour chaque sous-thème.

Voici par exemple l'échelle de comparaison visuelle pour le deuxième indicateur, avec un résultat individuel fictif:



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 17.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 10%. Le score de la médiane (P50) est de 13%.

L'échelle présente les scores du groupe de comparaison, selon le principe des percentiles (P).

Pour rappel : la valeur du percentile 60 (P60) pour l'indicateur fictif de l'exemple est de 15 %. Cela signifie que 60 % de l'ensemble des médecins généralistes du groupe de comparaison présentent pour cet indicateur un score $\leq 15\%$ et que 40 % ont un score $\geq 15\%$. Le raisonnement est identique pour tous les autres percentiles. Le **P50** s'appelle la **médiane** et correspond ici à 13%.

Votre position/score individuel(le) est toujours clairement indiqué(e) par une ligne. Dans cet exemple, ce score est donc de 10 % et vous vous situez au percentile 38

Légende des codes couleurs :

	Vert : votre score se situe aux alentours de la médiane du groupe de comparaison ou est meilleur que la médiane.
	Vert foncé : votre score pour l'indicateur en question est meilleur que la médiane du groupe de comparaison. Toutefois, étant donné que vous faites partie des 10 % de médecins présentant le score le plus extrême dans ce sens, vous devez peut-être faire attention à une éventuelle sous-utilisation/utilisation excessive.
	Orange : votre score est nettement moins bon que la médiane.
	Rouge : cet indicateur est un point d'attention pour vous, du fait que votre score se situe dans les 10 % les moins bons du groupe de comparaison.
	Bleu : cet indicateur est purement descriptif.

Remarque : le fait qu'il s'agit d'une échelle de **comparaison** est très important. Votre position est comparée à celle de vos confrères médecins généralistes dans le groupe de comparaison.

Un score proche de la médiane (ou meilleur à celle-ci) est de couleur verte. Si une part importante des médecins généralistes obtient un faible score, ce code couleur **ne correspondra toutefois pas nécessairement à une bonne pratique médicale factuelle.**

Si le comportement prescripteur général en Belgique ne correspond pas, pour un indicateur donné, à l'évidence disponible, il convient d'interpréter un score dans la zone verte avec une certaine **nuance**. Ces nuances sont développées dans la **réflexion** par indicateur.

Composition des pratiques de groupes

L'appartenance d'un médecin à une pratique de médecine générale se base sur les informations enregistrées par les médecins via l'application « MyInami ».

Puisque ce feed-back porte sur l'activité 2016, la situation de chaque médecin (appartenance à une ou plusieurs pratiques de médecine générale) au 1er juillet 2016 a été prise en compte (pour autant que l'information ait été enregistrée au 1er janvier 2017). Les informations enregistrées après le 1er janvier 2017 n'ont pas été prises en compte.

L'INAMI recense différentes formes de pratiques :

- Pratique de groupe travaillant en un même endroit (type « 212 ») ;
- Réseau de médecins travaillant en des endroits différents (type « 214 ») ;
- Maison médicale travaillant au forfait (type « 805 »).

L'INAMI n'est pas en mesure de déterminer dans quel type de pratique le contact entre le médecin et le patient s'est déroulé. Si un médecin généraliste travaille simultanément dans différentes pratiques ou différentes formes de pratique, il a été assigné à une pratique unique. A cet effet, un ordre de priorité a été établi selon les règles suivantes:

1. Dans le cas de pratiques de type différent, le choix se porte d'abord sur la pratique de type 212, puis 214, puis 805.
2. Dans le cas de pratiques différentes de même type, le choix se porte sur la pratique avec laquelle la collaboration est la plus ancienne.

L'assignation d'un médecin généraliste à une et une seule pratique de groupe évite de dupliquer les données des patients (qui sont eux même associés à une pratique de médecine générale). Cela implique donc que la patientèle prise en compte pour ce feedback peut ne pas correspondre exactement à la patientèle réelle de la pratique de groupe. Le feedback reste néanmoins représentatif de la pratique constituée des prestataires listés précédemment.

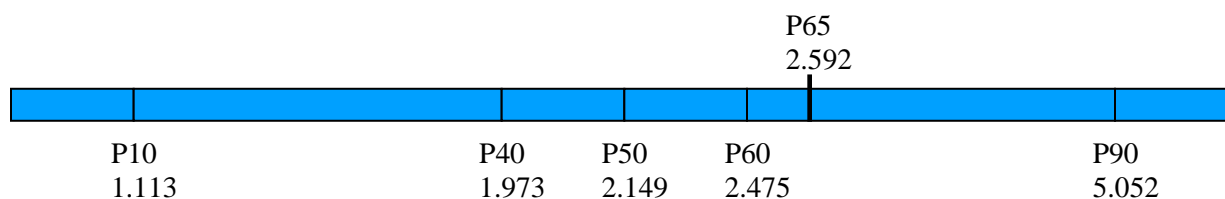
Description de votre patientèle

Cette description de votre patientèle (hors résidents de maisons de repos) est importante. Une patientèle 'atypique' pourrait en effet expliquer certaines particularités de votre pratique.

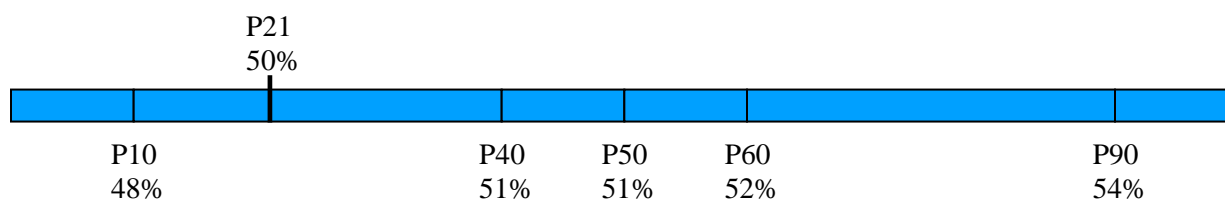
Votre assignation à une maison médicale se base sur les données que vous nous avez communiquées en 2016 via www.myinami.be, module « Mes groupements ».

Ce feedback présente les données liées à la maison médicale dont le numéro INAMI est le XXXXXXXX. Cette maison médicale se compose des médecins dont les numéros INAMI sont XXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXXX.

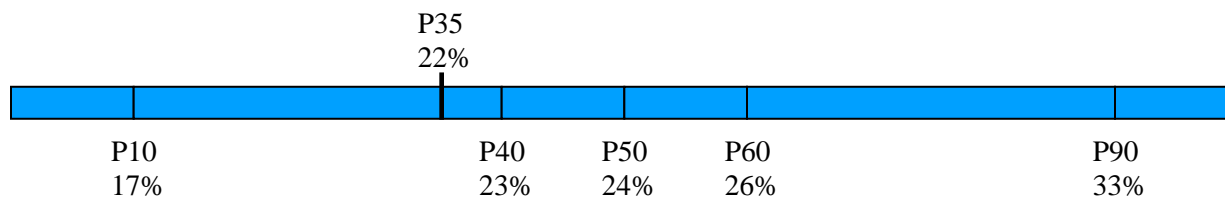
Nombre de patients



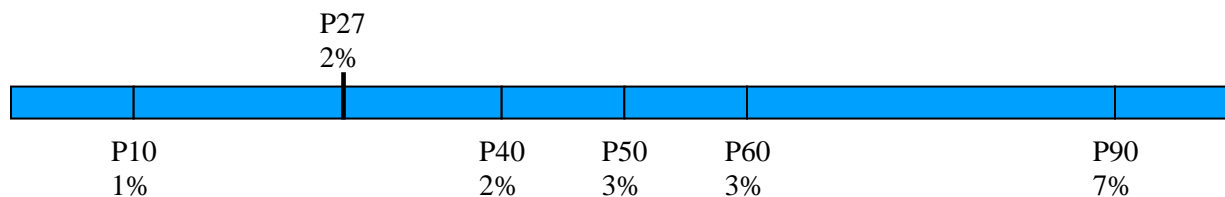
Pourcentage de femmes dans votre patientèle



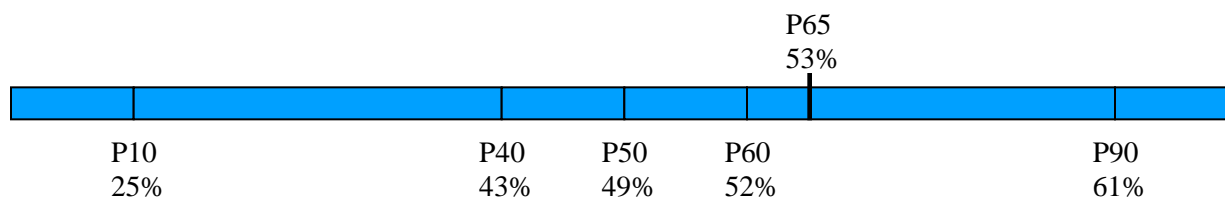
Pourcentage de patients âgés de moins de 15 ans



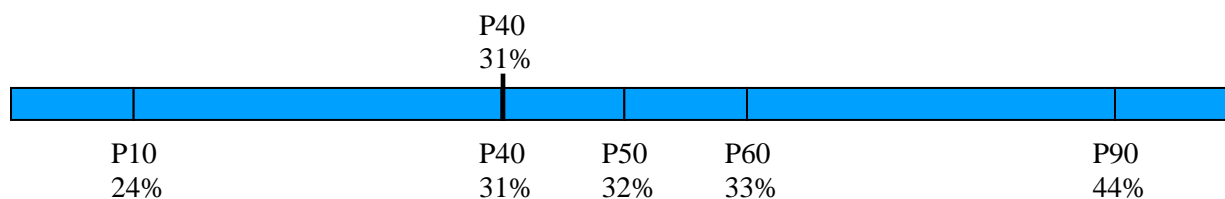
Pourcentage de patients âgés de plus de 75 ans



Pourcentage de patients bénéficiaires d'une intervention majorée (BIM)



Pourcentage de patients chroniques : c.-à-d. qui prennent au moins 1 médicament (hors contraception orale) avec ≥ 80 doses journalières standardisées (DDD) par an



Indicateurs de qualité

THÈME I: MÉDICAMENTS

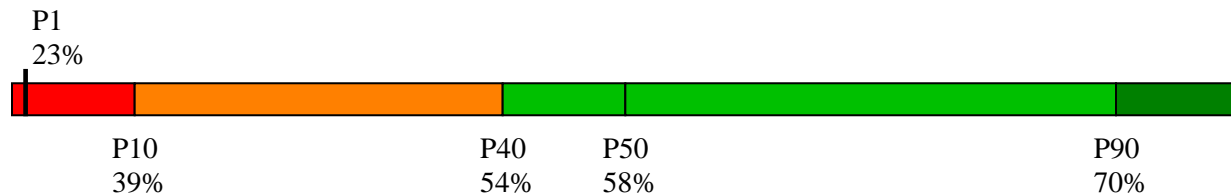
1. Infections dans la pratique ambulatoire

GRIPPE

- Chez les patients ≥ 65 ans, une vaccination annuelle contre la grippe est recommandée en raison d'un risque accru de complications.

⇒ **Pourcentage de patients de 65 ans et plus qui ont été vaccinés contre la grippe dans le courant de l'année.**

Parmi les patients de 65 ans et plus qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients vaccinés contre la grippe au cours de l'année.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 132.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 23%. Le score de la médiane (P50) est de 58%.

RÉFLEXION

Les patients ≥ 65 ans 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>).

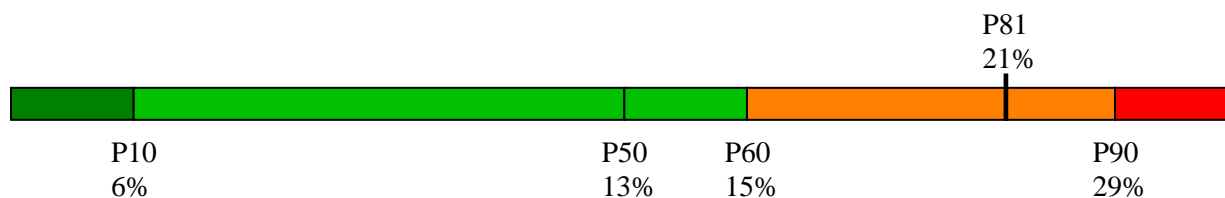
ANTIBIOTIQUES

Consommation générale d'antibiotiques

- **Les infections courantes en pratique ambulatoire ne requièrent pour la plupart pas d'antibiotiques.**

⇒ **Pourcentage de patients ayant reçu ≥ 1 prescription d'antibiotiques au cours de l'année.**
Parmi les patients qui vous ont été attribués, le pourcentage de patients qui ont reçu au moins une prescription d'antibiotiques (code ATC Jo1) de votre part en 2016

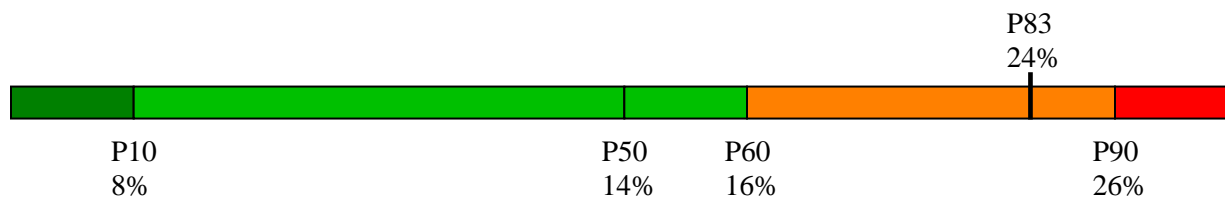
- **1-14 ans:**



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 567.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 21%. Le score de la médiane (P50) est de 13%.

- **≥ 15 ans:**



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 2.025.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 24%. Le score de la médiane (P50) est de 14%.

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.riziv-elearning.be

Choix de l'antibiotique

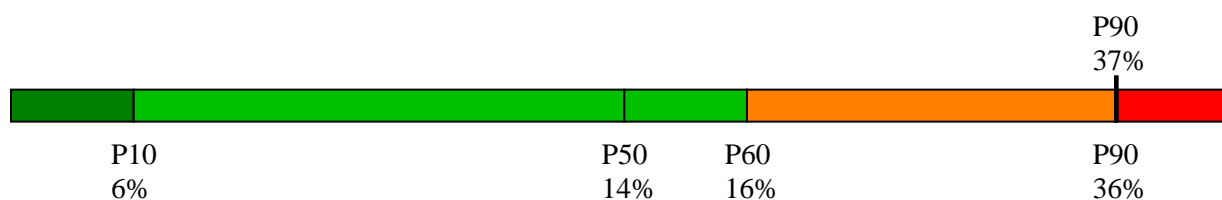
- Si un antibiotique est nécessaire, il est préférable d'opter pour un antibiotique au spectre le plus étroit possible.
- Pour les infections respiratoires, la préférence se porte sur l'amoxicilline (si un traitement par antibiotiques est nécessaire).
- En cas de cystite non compliquée chez la femme et l'enfant, la nitrofurantoïne est préférable.

- Les quinolones sont des antibiotiques à large spectre et ne sont (pratiquement) jamais indiquées comme traitement de première intention.

⇒ **Pourcentage d'antibiotiques de deuxième ligne (amoxicilline associée à de l'acide clavulanique, céphalosporines, quinolones, macrolides)**

Parmi toutes vos prescriptions d'antibiotiques, l'indicateur représente le pourcentage du volume (en doses journalières standardisées) d'amoxicilline associée à de l'acide clavulanique, des céphalosporines, des quinolones et des macrolides.

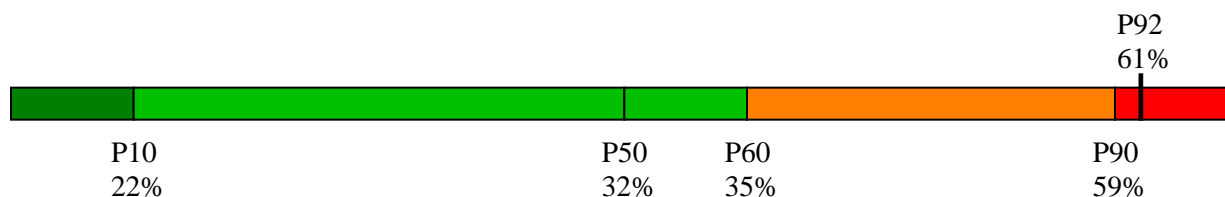
- 1-14 ans:



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 117.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 37%. Le score de la médiane (P50) est de 14%.

- **>= 15 ans:**

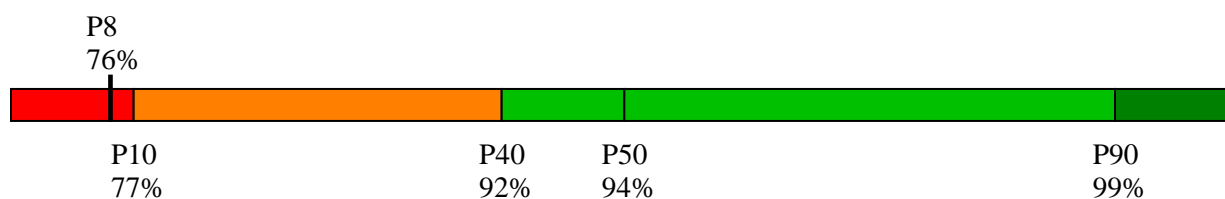


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 483.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 61%. Le score de la médiane (P50) est de 32%.

⇒ **Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline, non combinée à de l'acide clavulanique**
 Parmi toutes vos prescriptions d'amoxicilline (associée ou non à de l'acide clavulanique), l'indicateur représente le pourcentage d'amoxicilline « pure » prescrite (non associée à de l'acide clavulanique).

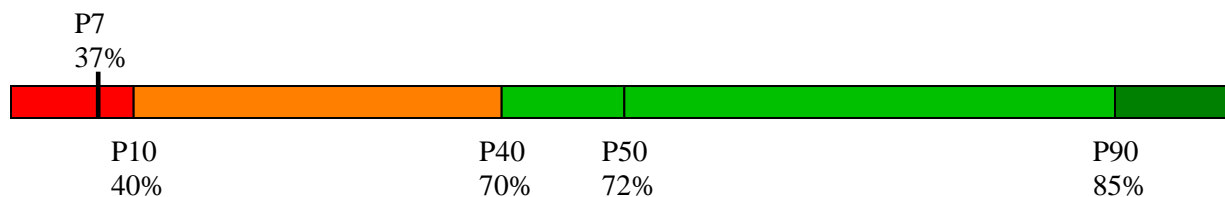
- **1-14 ans:**



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 100.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 76%. Le score de la médiane (P50) est de 94%.

- **>= 15 ans:**



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 312.

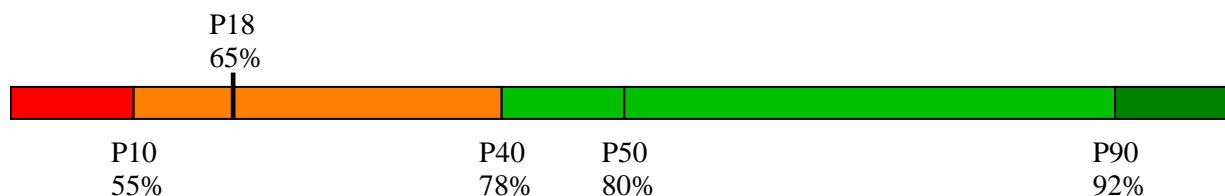
Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 37%. Le score de la médiane (P50) est de 72%.

⇒ **Pourcentage de nitrofuranes dans le traitement d'une infection des voies urinaires**

Parmi toutes vos prescriptions de nitrofuranes et de quinolones (à l'exception de la lévofloxacine et de la moxifloxacine), l'indicateur représente le pourcentage du volume (en doses journalières standard) de vos prescriptions de nitrofuranes. On vise ainsi à représenter la part des nitrofuranes dans les prescriptions d'antibiotiques dans le cadre d'infections urogénitales*. La majorité des infections urogénitales sont des infections non compliquées des voies urinaires.

*Quant à cet indicateur, on presume que les quinolones (à l'exception de la lévofloxacine et de la moxifloxacine) sont surtout utilisés dans le cadre d'infections urogénitales.

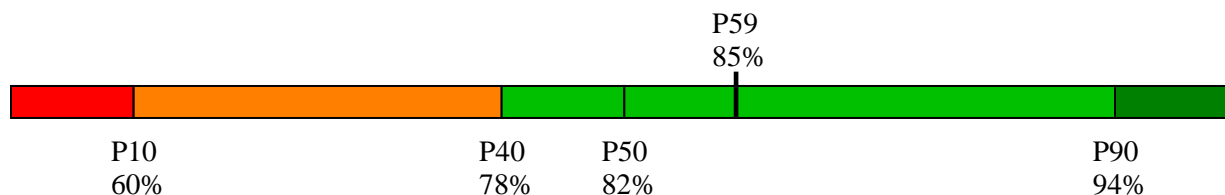
• **15-64 ans:**



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 49.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 65%. Le score de la médiane (P50) est de 80%.

• **>= 65 ans:**



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 9.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 85%. Le score de la médiane (P50) est de 82%.

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 54% de la consommation d'antibiotiques globale.

Infections respiratoires

La plupart des infections respiratoires sont d'origine virale. De plus, l'évolution spontanée est généralement favorable tant en cas d'infections respiratoires 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. Toutefois, il ressort de l'analyse que, dans le groupe de comparaison (médiane), les prescriptions d'amoxicilline « pure » ne sont que de 72% (>= 15 ans).

Infections urinaires sans complication

En cas de cystite non compliquée chez la femme et l'enfant, c'est la nitrofurantoïne qui remporte la préférence.

Escherichia Coli est le principal agent des infections non compliquées des voies urinaires. La sensibilité d'*E. Coli* à la nitrofurantoïne est proche de 100 %. Comme deuxième choix, après la nitrofurantoïne, le triméthoprime peut être recommandé comme traitement empirique. La résistance au triméthoprime est plus élevée. Du fait qu'aucune spécialité à base de triméthoprime n'est disponible actuellement, celui-ci doit être prescrit en préparation magistrale. La fosfomycine peut également être recommandée comme deuxième choix.

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 intention 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% présente réellement une allergie à la pénicilline (données Royaume-Unie).

Il ressort de l'analyse que les quinolones représentent 16% des antibiotiques de deuxième intention, soit 9% de la consommation totale d'antibiotiques. Le Belge est donc l'un des plus grands consommateurs de quinolones en Europe.

On peut partir du principe que la plupart des quinolones (à l'exception de la moxifloxacine et de la lévofloxacine) ainsi que les nitrofuranes sont prescrits pour des infections urinaires et génitales. Les quinolones ne sont indiquées que pour des infections urinaires et génitales compliquées, soit une faible minorité de ces infections. Toutefois, la part des nitrofuranes dans ces prescriptions est actuellement très faible, de l'ordre de 68%.

OBJECTIF

L'objectif est de réduire le pourcentage d'antibiotiques de deuxième intention à un maximum de 20 % chez l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans, et à un maximum de 10 % chez l'enfant (1-14 ans).

La BAPCOC vise 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.

Le pourcentage cible de nitrofuranes par rapport aux nitrofuranes + quinolones (à l'exclusion des quinolones respiratoires) est de 80 %.

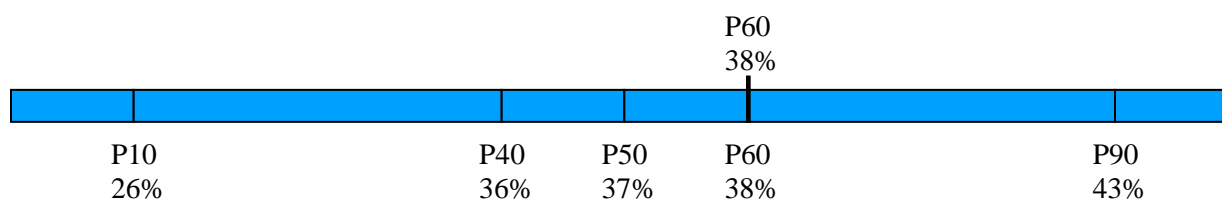
2. Médication des personnes âgées

POLYMÉDICATION

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

⇒ **Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec consommation de longue durée de ≥ 5 médicaments différents**

Parmi les patients de 65 ans et plus qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients 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).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 132.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 38%. Le score de la médiane (P50) est de 37%.

RÉFLEXION

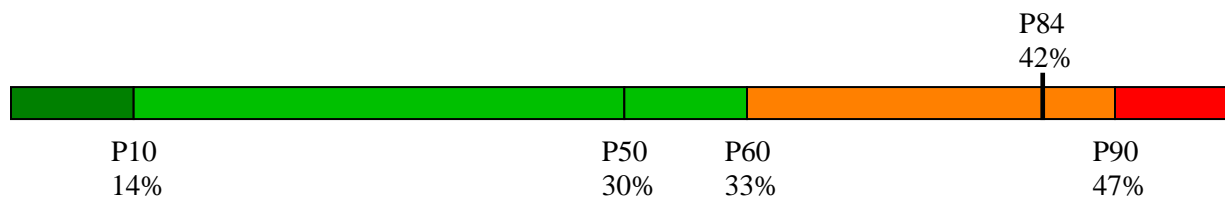
La polymédication est associée à une augmentation de la mortalité et de la morbidité. Par exemple, le risque de chute augmente avec l'utilisation croissante de médicaments. Cet effet est encore plus marqué avec l'ajout de psychotropes. En outre, le nombre de médicaments est un facteur de risque d'hospitalisation 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).

MÉDICAMENTS HYPOLIPIDÉMIANTS

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

⇒ **Pourcentage de patients de 80 ans et plus traités par hypolipidémiants**

Parmi les patients de 80 ans et plus qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients auxquels vous prescrivez des hypolipidémiants.

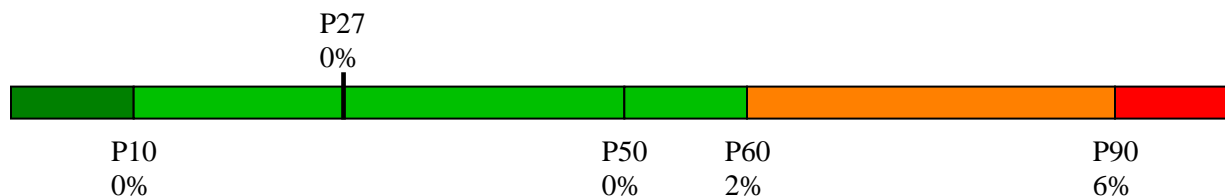


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 19.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 42%. Le score de la médiane (P50) est de 30%.

⇒ **Pourcentage de patients de 80 ans et plus qui entament un traitement par médicaments hypolipidémiants**

Parmi les patients de 80 ans et plus qui vous ont été attribués et qui n'ont pas reçu d'hypolipidémiants en 2014, l'indicateur représente le pourcentage de patients qui ont reçu des hypolipidémiants au cours de l'année 2016, la première prescription étant rédigée par vous-même.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 10.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 0%. Le score de la médiane (P50) est de 0%.

RÉFLEXION

En cas de risque cardiovasculaire élevé avec indication pour un hypolipidémiant, une statine est le traitement de premier choix.

Il n'existe toutefois 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 hypolipémiants chez les patients de 80 ans et plus.

Les fibrates ne sont pas des médicaments de premier choix en cas d'hypercholestérolémie. Ils ne sont proposés qu'en cas d'intolérance aux statines et si un traitement est jugé absolument nécessaire.

OBJECTIF

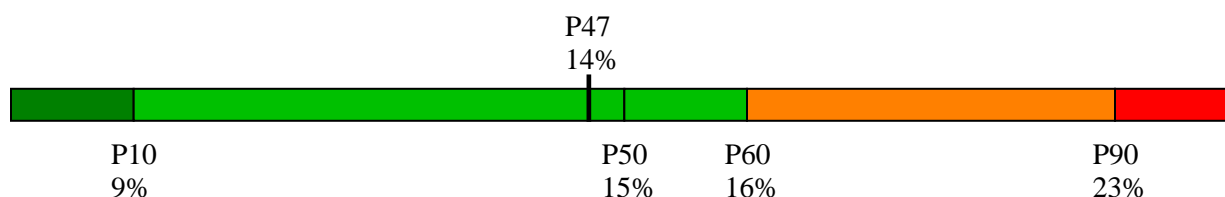
Nous visons une réduction de 20 % de la valeur médiane du groupe de comparaison.

ANTI-INFLAMMATOIRES NON-STÉROÏDIENS (AINS)

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

⇒ **Pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus sous prescription d'AINS pendant plus de 30 jours**

Parmi les patients qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients auxquels plus de 30 doses journalières d'AINS ont été prescrites en 2016 (tous prescripteurs confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 132.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 14%. Le score de la médiane (P50) est de 15%.

REFLEXION

Le paracétamol est le médicament de premier choix en cas de douleur nociceptive, en raison de sa balance 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 des 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 considéré comme un 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.

OBJECTIF

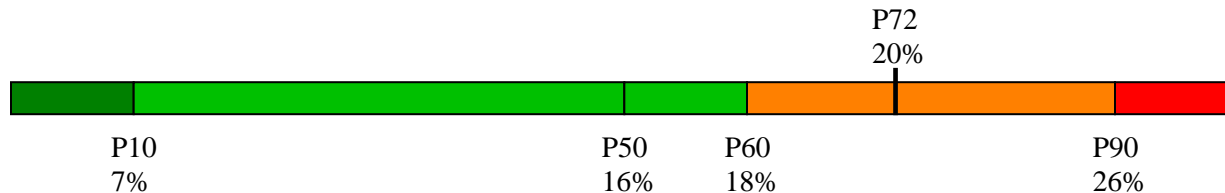
Nous visons une réduction de 20 % de la valeur médiane du groupe de comparaison.

MÉDICATION ANTICHOLINERGIQUE

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

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

Parmi les patients de 75 ans et plus qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients qui ont reçu au moins 80 doses journalières standardisées (DDD) d'un médicament à action anticholinergique en 2016 (prescrite par vous).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 44.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 20%. Le score de la médiane (P50) est de 16%.

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, insuffisance cardiaque, etc. 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 des comorbidités (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.

OBJECTIF

Nous visons une réduction de 10 % de la valeur médiane du groupe de comparaison.

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

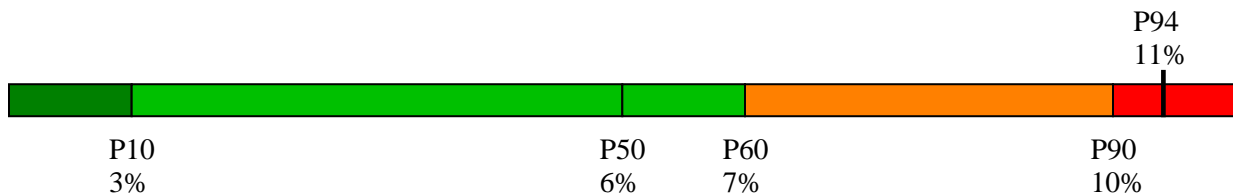
➤ Il existe suffisamment d'évidence de l'efficacité des antidépresseurs dans une dépression majeure sévère.

➤ Dans le cas d'une dépression légère ou modérée, les antidépresseurs ne sont pas recommandés de façon systématique.

⇒ **Pourcentage de patients sous prescription d'antidépresseurs**

Chez les patients qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients qui ont reçu au moins une prescription d'antidépresseurs au cours de l'année (prescrits par vous). Puisque la trazodone est souvent utilisée pour des indications autres que la dépression, les résultats avec et sans trazodone sont présentés.

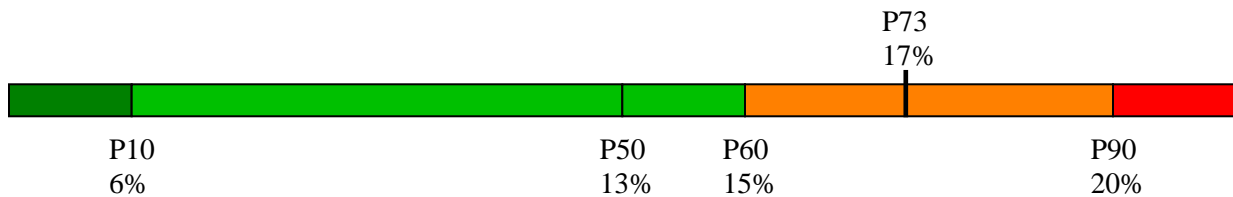
- 15-64 ans:



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 1.893.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 11%. Le score de la médiane (P50) est de 6%.

- >= 65 ans:

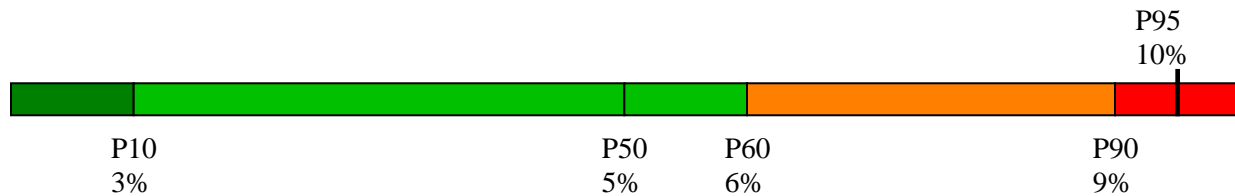


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 132.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 17%. Le score de la médiane (P50) est de 13%.

⇒ **Pourcentage de patients sous prescription d'antidépresseurs (à l'exclusion de la trazodone)**

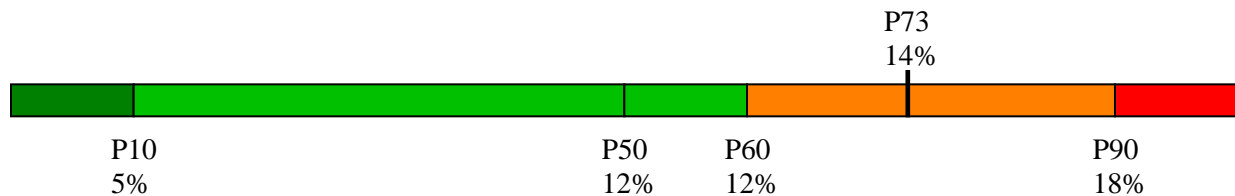
- 15-64 ans:



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 1.893.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 10%. Le score de la médiane (P50) est de 5%.

- >= 65 ans:



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 132.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 14%. Le score de la médiane (P50) est de 12%.

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.

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. 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.

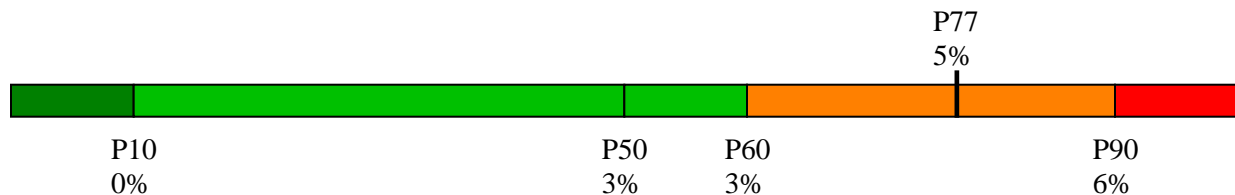
De même, chez les personnes âgées, la gravité de la dépression détermine l'indication d'une approche médicamenteuse. Il n'existe pas suffisamment d'évidence de l'effet bénéfique du maintien à long terme (> 1 an) d'un traitement par antidépresseurs chez les personnes âgées (> 60 ans) en vue de prévenir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

ANTIPSYCHOTIQUES

- L'utilisation systémique 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.

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

Parmi les patients qui vous ont été attribués, l'indicateur représente le pourcentage de patients de 75 ans et plus auxquels vous avez prescrit au moins une fois des antipsychotiques au cours de l'année.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 44.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 5%. Le score de la médiane (P50) est de 3%.

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 par 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.

4. Divers

DIABÈTE: PRESCRIPTION DE STATINES

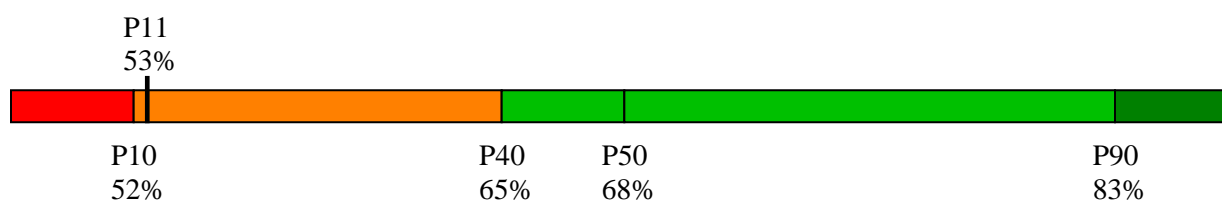
- **L'utilisation de statines est recommandée chez les patients souffrant de diabète de type 2 et d'au moins un autre facteur de risque classique.**

⇒ **Prescription de statines à des patients diabétiques présentant un risque cardiovasculaire accru.**

Parmi les patients, qui vous ont été attribués, de sexe masculin âgés de 50 à 79 ans ou de sexe féminin âgés de 55 à 79 ans, qui ont reçu un diagnostic de diabète* et qui présentent un risque cardiovasculaire additionnel^o, l'indicateur représente le pourcentage des patients auxquels vous prescrivez des statines.

*diabète : patients qui ont reçu des insulines ou plus 80 doses journalières standardisées (DDD) des antidiabétiques oraux

^orisque cardiovasculaire additionnel : patients prenant des médicaments pour le système cardiovasculaire, à l'exception des hypolipidémiants



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 40.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 53%. Le score de la médiane (P50) est de 68%.

RÉFLEXION

Les statines ont un effet important sur la réduction du risque cardiovasculaire chez les patients diabétiques. Chez les patients diabétiques souffrant d'une affection cardiovasculaire avérée, il est recommandé, de façon systématique, d'initier une statine, ainsi que chez les patients diabétiques de plus de 40 ans présentant un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (supplémentaires).

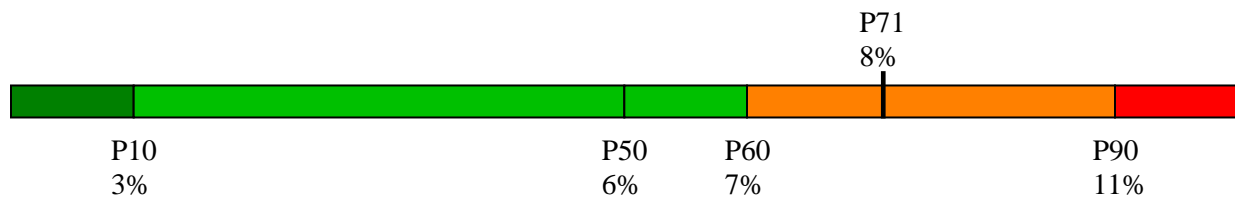
OBJECTIF

L'objectif est une augmentation de 10 % de la médiane du groupe de comparaison.

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

- **L'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons pour le traitement d'un ulcère gastroduodéal ou d'une œsophagite sans complications doit être limitée dans le temps.**

⇒ **Pourcentage de patients de 40 à 64 ans sous prescription d'IPP pendant plus de 80 jours**
Parmi les patients de 40 à 64 ans qui vous ont été attribués (à l'exclusion des patients qui ont reçu des AINS), l'indicateur représente le pourcentage de patients qui reçoivent une couverture IPP correspondant à plus de 80 jours par an (tous prescripteurs confondus), dont au moins une prescription a été rédigée par vous (alors que la couverture s'élevait déjà à plus de 80 jours).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 487.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 8%. Le score de la médiane (P50) est de 6%.

RÉFLEXION

Les indications pour une utilisation de courte durée d'IPP sont les suivantes : symptômes typiques de reflux sans preuve d'œsophagite (si IPP : 4 semaines), œsophagite de reflux de grade A-B (4 à 8 semaines), symptômes typiques de reflux après œsophagite traitée (courte, en cas de douleurs) et ulcère gastroduodéal (4 à 8 semaines). S'il n'y a pas d'indication pour l'utilisation chronique* d'un IPP, ces médicaments peuvent être arrêtés progressivement. Un effet de rebond n'est que temporaire. En cas d'échec de l'arrêt complet, il convient de viser une utilisation à la demande à la dose la plus basse possible du médicament le moins inhibiteur d'acidité (antiacide < antagonistes des récepteurs H₂ < IPP).

L'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons est associée à certains effets indésirables rares, mais potentiellement graves, dont l'ostéoporose avec risque accru de fractures, l'entérite par Clostridium, la néphrite interstitielle aiguë et la malabsorption de la vitamine B12 et du magnésium. En cas de polymédication, il convient de tenir compte des interactions potentielles avec d'autres médicaments.

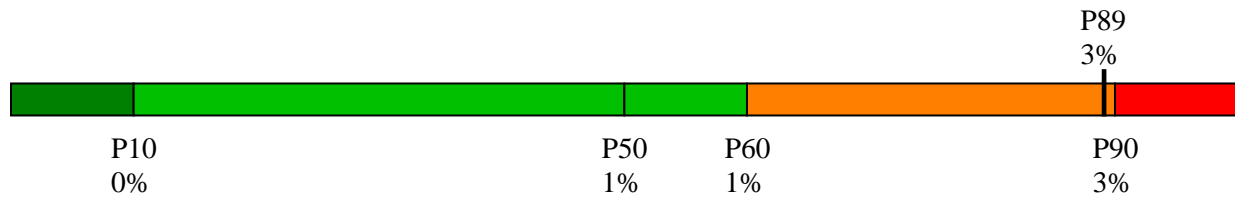
*Les indications potentielles pour une utilisation chronique sont la protection gastrique, l'œsophagite sévère (grade C ou D), le syndrome de Zollinger-Ellison. Une utilisation chronique n'est pas recommandée comme pratique courante pour un œsophage de Barrett.

STATINES : PRESCRIPTION À DES PATIENTS SANS RISQUE CARDIOVASCULAIRE IDENTIFIÉ

- Les statines ne sont pas recommandées chez les patients qui ne présentent pas de pathologie cardiovasculaire, même dans le cas d'une augmentation de la cholestérolémie.

⇒ **Pourcentage de patients de 40-49 ans sans risque cardiovasculaire identifié qui ont reçu une prescription de médicaments hypolipémiants**

Parmi les patients de 40 à 49 ans qui vous sont attribués et qui ne présentent pas de risque cardiovasculaire identifié (pas de diabète et pas de médicament cardiovasculaire, à l'exception des hypolipémiants), l'indicateur représente le pourcentage de patients auxquels vous avez prescrit des hypolipémiants en 2016.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 320.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 3%. Le score de la médiane (P50) est de 1%.

RÉFLEXION

Les statines visent à réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires. Une utilisation systématique chez les patients atteints d'hypercholestérolémie et présentant un faible risque cardiovasculaire n'est pas recommandée, du fait que le bénéfice absolu est restreint. En prévention secondaire et en cas de risque SCORE ≥ 10 %, une statine est systématiquement recommandée. En cas de risque SCORE ≥ 5 %, un traitement peut être envisagé en fonction de facteurs de risque supplémentaires. Des mesures non médicamenteuses sont systématiquement recommandées à tous les patients souffrant d'hypercholestérolémie.

(Les tableaux SCORE ne s'appliquent pas en cas de diabète ou d'hypercholestérolémie familiale).

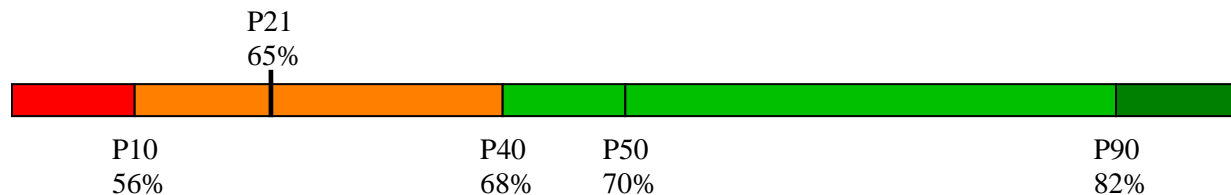
THÈME II: Biologie clinique

1. Dépistage

DIABÈTE

- Déterminez, à partir de 65 ans, la glycémie à jeun 1 fois/an sur un échantillon de sang veineux afin de dépister un diabète.

⇒ **Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus soumises à un dépistage du diabète sucré.**
Chez les patients de 65 ans et plus qui n'ont pas de diabète sucré connu, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu au moins une détermination de glycémie à jeun sur un échantillon de sang veineux au cours de l'année pour le dépistage du diabète (tous prescripteurs confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 110.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 65%. Le score de la médiane (P50) est de 70%.

RÉFLEXION

Un dépistage annuel du diabète chez toutes les personnes de 65 ans et plus fait partie d'une bonne gestion du risque cardiovasculaire. Le diabète est un trouble fréquent qui peut être détecté de façon simple, fiable et relativement peu coûteuse en déterminant la glycémie à jeun sur un échantillon de sang veineux. Une détection et un traitement précoces du diabète ont un effet très favorable sur le pronostic du patient. Avec tous ces éléments, un dépistage général s'avère très utile et justifié pour cette sous-population.

C'est la raison pour laquelle nous suivons l'évidence scientifique actuelle pour cet indicateur et plaidons donc en faveur d'un dépistage annuel de toutes les personnes âgées de 65 ans et plus en déterminant la glycémie à jeun sur un échantillon de sang veineux.

Remarque : avec cet indicateur, nous n'avons aucune idée de l'utilisation des mesures de glycémie capillaire et/ou des tests rapides au sein de votre pratique. S'il s'agit d'une méthode de test courante

dans votre pratique, elle peut être considérée comme une alternative valable aux mesures veineuses. Le cas échéant, vous devez affiner votre score sur cet indicateur.

OBJECTIF

Nous visons une augmentation de 10 % de la médiane du groupe de comparaison.

FONCTION THYROÏDIENNE

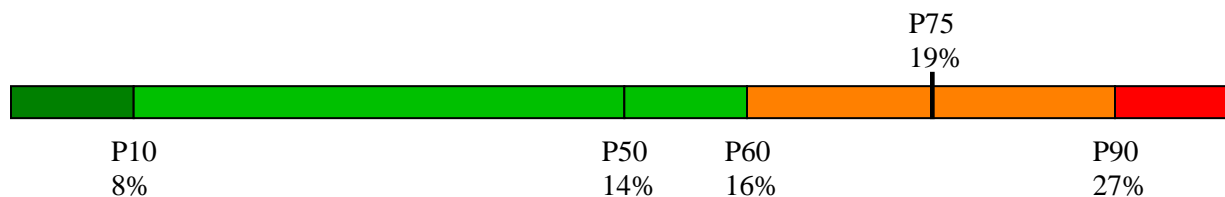
➤ N'effectuez aucun dépistage systématique de la fonction thyroïdienne (dosage de la TSH), ne le faites qu'en cas de dépistage ciblé.

➤ 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.

⇒ **Proportion de patients qui ont été soumis à un dépistage de la fonction thyroïdienne superflu***

Chez les patients qui ne sont pas atteints de diabète ou de maladie thyroïdienne, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont subi un dépistage de la fonction thyroïdienne au cours de l'année et pour lesquels vous avez préparé l'ordonnance.

*Remarque : naturellement, un dépistage ciblé ne relève pas du dénominateur « dépistage superflu ». Cet indicateur peut uniquement confirmer que dans la situation belge actuelle, il y a souvent un usage superflu, systématique. Bien sûr, la nuance par patient ne peut être établie que par vous, en votre qualité de clinicien.

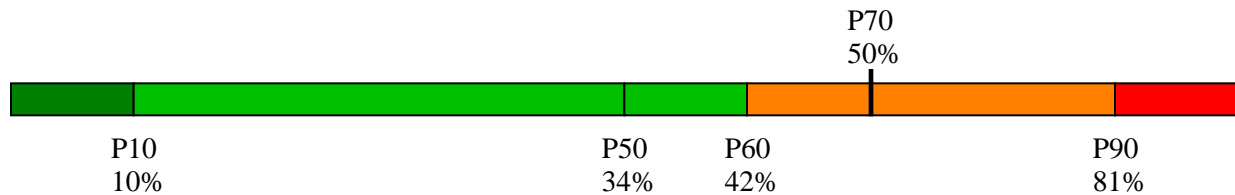


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 2.422.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 19%. Le score de la médiane (P50) est de 14%.

⇒ **Usage excessif du dosage de la T4-T3 combinée lors du dépistage d'un trouble de la fonction thyroïdienne**

Chez les patients qui ne sont pas atteints de diabète ou de maladie thyroïdienne et qui ont subi un dépistage de la TSH, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont également reçu un dosage T4 et/ou T3, pour lequel vous avez préparé l'ordonnance.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 497.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 50%. Le score de la médiane (P50) est de 34%.

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.

OBJECTIF

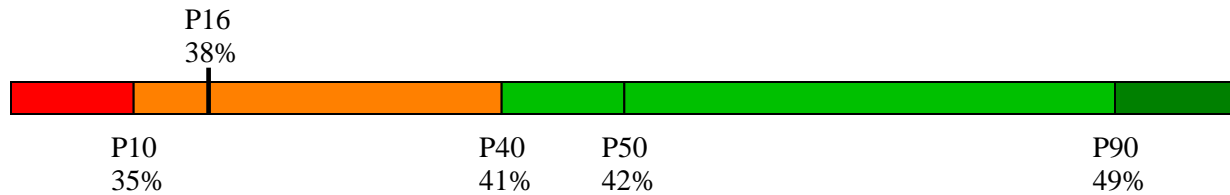
Nous visons une réduction de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

- Proposez à chaque femme de la population cible de 25 à 64 ans, un dépistage du cancer du col de l'utérus (par frottis) tous les 3 ans.

⇒ **Proportion de femmes âgées de 25 à 64 ans qui ont été soumises à un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années**

Chez les patientes âgées de 25 à 64 ans qui vous ont été assignées, l'indicateur indique le pourcentage de patientes qui ont subi un dépistage du cancer du col utérin au moins une fois au cours des trois dernières années (tous prescripteurs et prestataires confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 580.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 38%. Le score de la médiane (P50) est de 42%.

RÉFLEXION

Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé majeur. En Belgique, il s'agit du huitième cancer le plus fréquent, après le cancer du sein, du côlon, de l'utérus, du rectum, du poumon et des ovaires, et après le lymphome non hodgkinien.

Puisque ce cancer peut être détecté de manière fiable et relativement peu coûteuse et puisque sa détection précoce a un impact très clair sur les chances de survie de la patiente, le dépistage vaut certainement la peine d'être réalisé. Le médecin généraliste joue un rôle très important dans l'information de la patiente et la proposition (qu'elle émane de lui-même ou non) d'un frottis.

Si les conditions préalables (sexe féminin, entre 25 et 64 ans) sont satisfaites, il appartient donc au médecin généraliste de proposer ce dépistage aux femmes. Naturellement, la patiente doit alors faire elle-même un choix éclairé quant à la réalisation ou non d'un dépistage.

Le médecin généraliste peut procéder lui-même à l'examen de dépistage (frottis), qui peut également être pratiqué (après réorientation en concertation avec la patiente) par un autre médecin (par ex. un gynécologue). La qualité du prescripteur et du prestataire n'est donc pas importante. Tant que vous proposez le dépistage à la patiente, votre rôle de médecin généraliste est rempli.

OBJECTIF

Nous visons une augmentation de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

2. Diagnostic

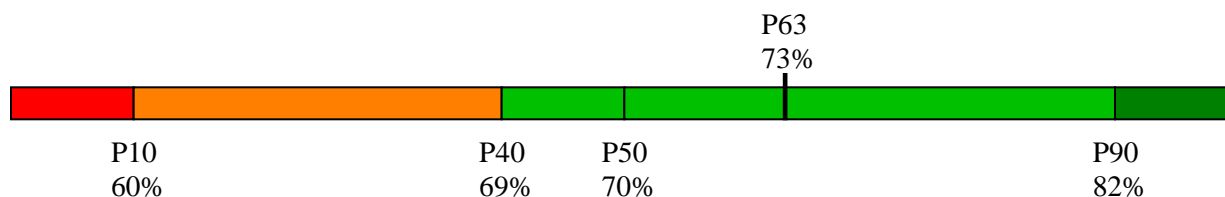
HYPERTENSION

- **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 lieu de soupçonner un déclin de la fonction rénale au cours de cette période.

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

Chez les patients qui ont commencé à prendre des diurétiques, des inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes de l'angiotensine 2, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu un dosage de créatinine avant d'avoir commencé (tous les prescripteurs ensemble).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 45.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 73%. Le score de la médiane (P50) est de 70%.

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.

Pour l'instant, nous constatons (globalement) que cela se passe déjà correctement dans quelque 70 % des cas. Ce n'est certainement pas un mauvais score mais une marge d'amélioration est encore possible.

OBJECTIF

Nous visons une augmentation de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

BILANS BIOCHIMIQUES GÉNÉRAUX

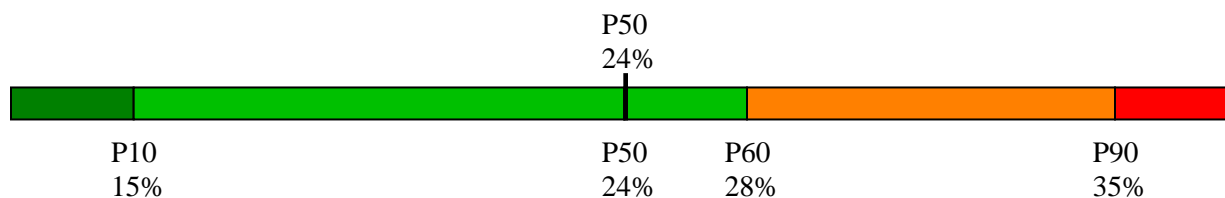
➤ N'effectuez pas de diagnostic ni de dépistage biochimique général chez vos patients sains*.

*Définition de « sain » : c'est-à-dire sur base de nos données disponibles : aucune forme de médication chronique.

⇒ Proportion de vos patients sains de 45 à 65 ans qui ont été soumis à ≥ 1 bilan biochimique général* superflu.

Chez les patients en bonne santé âgés de 45 à 65 ans qui vous sont assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu un bilan biochimique général au moins une fois, pour lequel vous avez rédigé l'ordonnance.

*tests hématologiques, tests de la fonction hépatique/rénale, tests obsolètes, tests hormonaux



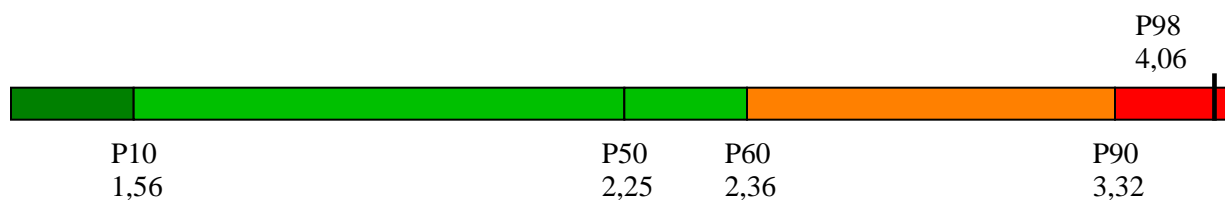
Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 233.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 24%. Le score de la médiane (P50) est de 24%.

⇒ Nombre moyen de tests biochimiques obsolètes* réalisés par patient

Pour les patients en bonne santé âgés de 45 à 65 ans qui ont reçu au moins un bilan biochimique général, l'indicateur indique le nombre moyen de tests effectués par patient, pour lesquels vous avez préparé l'ordonnance.

*tests obsolètes : vitamine B12, acide folique, fer total, ferritine, vitamine D



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 48.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 4,06. Le score de la médiane (P50) est de 2,25.

RÉFLEXION

Un « prélèvement sanguin général » est effectué très fréquemment dans la pratique clinique, sous forme de « dépistage » général dans la population saine (souvent purement en guise d'apaisement), de dépistage (trop) étendu ou de suivi (trop) approfondi dans des affections connues.

Ce phénomène d'usage excessif des tests de laboratoire peut sembler banal. Le principe des tests « mieux vaut une fois de trop que pas assez » bien que communément admise n'est pas acceptable.

Il est très difficile de refuser un prélèvement sanguin demandé explicitement par un patient. « Je viens juste pour une prise de sang de routine » et « vous pouvez tout tester, docteur » sont des formules que vous entendez sans doute régulièrement.

Le tout est de savoir si ces prélèvements sanguins généraux apportent une véritable valeur ajoutée à la santé de votre patient, d'une part, et à la santé publique, d'autre part. La réponse est deux fois « non », très clairement.

Des tests anormaux peuvent mener à la planification d'examens complémentaires voire à d'autres actions thérapeutiques qui, rétrospectivement, s'avèrent bien souvent inutiles.

Par ailleurs, des tests excessifs induisent un autre problème non négligeable : une anxiété inutile et même d'éventuels effets néfastes sur votre patient, résultant d'actions diagnostiques et thérapeutiques superflues qui en découlent.

En outre, nous constatons que l'utilisation excessive de tests biochimiques induit un énorme gaspillage des ressources financières disponibles pour nos soins de santé.

C'est pourquoi nous privilégions une stratégie scientifiquement étayée en cas de demande de tests de laboratoire (dépistage ciblé). Demandez uniquement les tests qui s'avèrent nécessaires chez un patient spécifique pour confirmer ou réfuter votre soupçon clinique.

Remarque : naturellement, dans des cas spécifiques (dépistage/diagnostic/suivi en cas d'infections ou d'affections déterminées), un ou plusieurs de ces tests biochimiques peuvent tout de même être indiqués. Cette nuance n'est pas représentée avec cet indicateur unilatéral. Bien entendu, l'évaluation au cas par cas ne peut être faite que par vous, en votre qualité de clinicien.

OBJECTIF

Nous visons une réduction de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

TESTS HORMONAUX

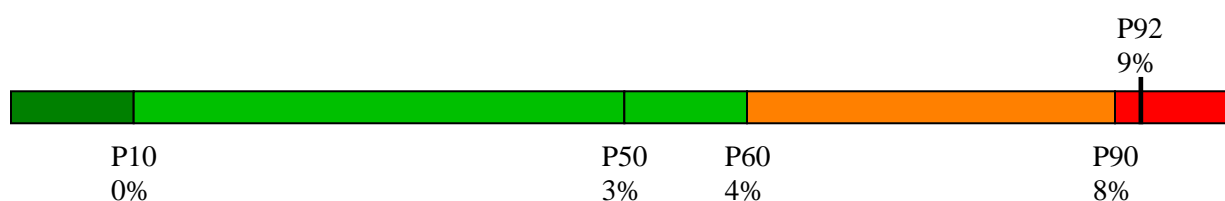
- **N'effectuez pas de tests hormonaux biochimiques pour détecter/diagnostiquer un état ménopausique chez votre patientèle féminine saine*.**

*Définition de « sain » : c'est-à-dire sur base de nos données disponibles : aucune forme de médication chronique.

⇒ **Proportion de vos patientes saines de 45 à 65 ans qui ont été soumises à ≥ 1 test hormonal* superflu.**

Chez les patientes en bonne santé âgées de 45 à 65 ans qui ne prennent pas de préparations hormonales, l'indicateur indique le pourcentage de patientes qui ont subi au moins un test hormonal biochimique, pour lequel vous avez préparé l'ordonnance.

*Test hormonal : FSH, LH, œstradiol, progesterone



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 99.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 9%. Le score de la médiane (P50) est de 3%.

RÉFLEXION

Un diagnostic correct d'un état ménopausique ne se fait pas de façon biochimique, en raison d'une grande variabilité et d'une faible fiabilité. Ce diagnostic se fait sur une base clinique : on parle de « ménopause » en l'absence de menstruations pendant au moins 1 an après l'âge de 40 ans.

En cas de doutes sérieux ou si l'on soupçonne une maladie hormonale spécifique (dépistage ciblé), un bilan de dépistage hormonal limité peut toutefois être réalisé. Le cas échéant, seuls les tests suivants sont recommandés : FSH, LH, progestérone. Bien entendu, l'évaluation au cas par cas ne peut être faite que par vous, en votre qualité de clinicien.

OBJECTIF

Nous visons une réduction de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

3. Suivi

DIABÈTE

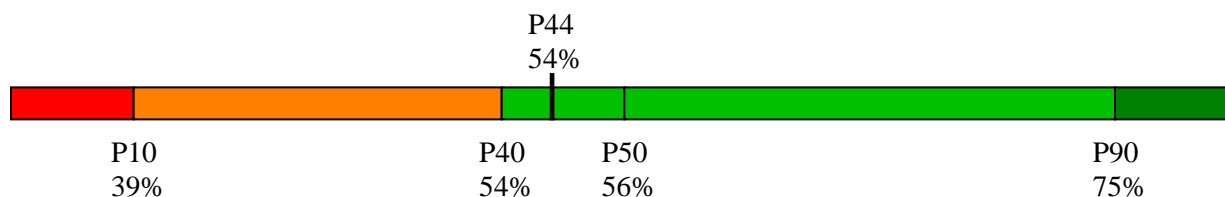
➤ **Proposez un suivi approprié* à vos patients souffrant de diabète sucré.**

*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.

Patients diabétiques insulino-dépendants

⇒ **Proportion de patients dont la glycémie à jeun est déterminée tous les 3 mois**

Chez les patients atteints de diabète insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une détermination de leur glycémie à jeun sur un échantillon de sang veineux au moins quatre fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires ensemble).

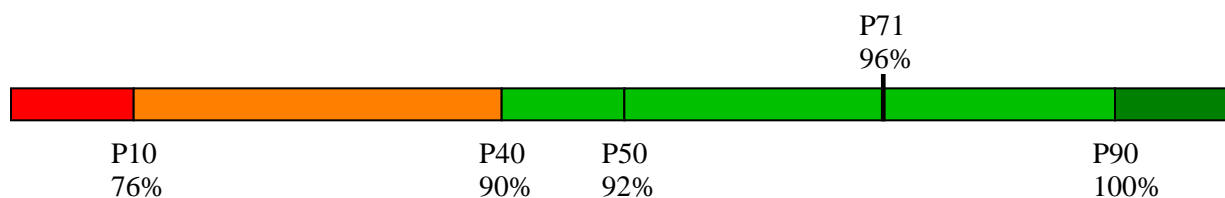


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 24.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 54%. Le score de la médiane (P50) est de 56%.

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

Pour les patients atteints de diabète insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une détermination de leur taux d'HbA1c au moins deux fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires de soins confondus).

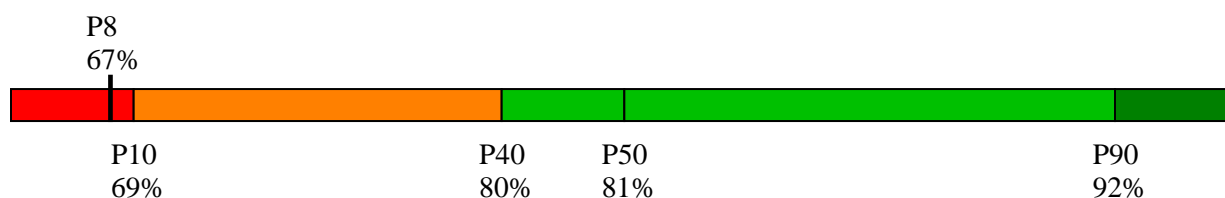


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 24.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 96%. Le score de la médiane (P50) est de 92%.

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

Chez les patients atteints de diabète insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une détermination de leur protéinurie et/ou de leur micro-albuminurie au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires de soins confondus).

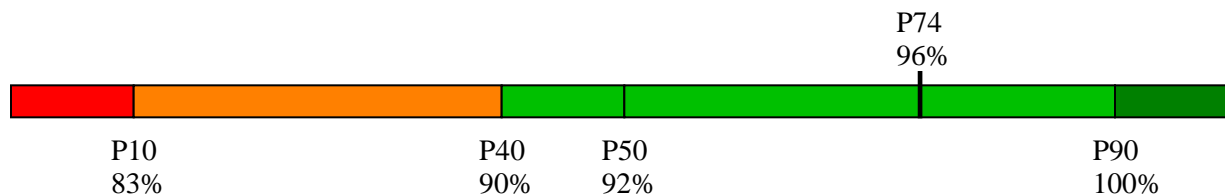


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 24.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 67%. Le score de la médiane (P50) est de 81%.

⇒ **Proportion de patients dont l'état lipidique est déterminé tous les ans**

Chez les patients atteints de diabète insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu un état lipidique (LDL et HDL et triglycérides) au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous prescripteurs et prestataires confondus).

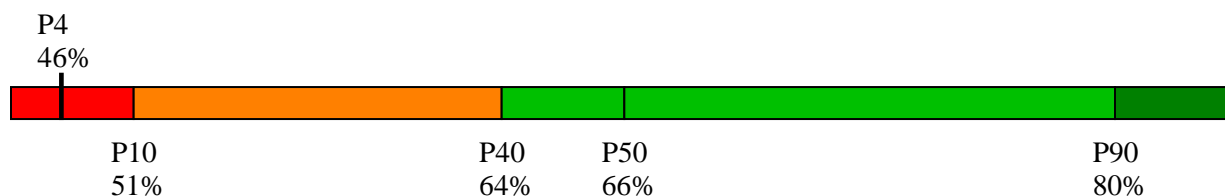


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 24.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 96%. Le score de la médiane (P50) est de 92%.

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

Pour les patients atteints de diabète insulino-dépendant qui vous sont assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une consultation ophtalmologique au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires de soins confondus).



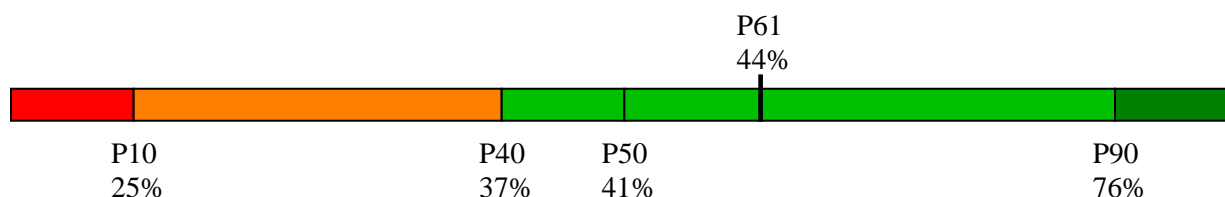
Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 24.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 46%. Le score de la médiane (P50) est de 66%.

Patients diabétiques non insulino-dépendants

⇒ Proportion de patients dont la glycémie à jeun est déterminée tous les 3 mois

Chez les patients atteints de diabète non insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une détermination de leur glycémie à jeun sur un échantillon de sang veineux au moins 4 fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires confondus).

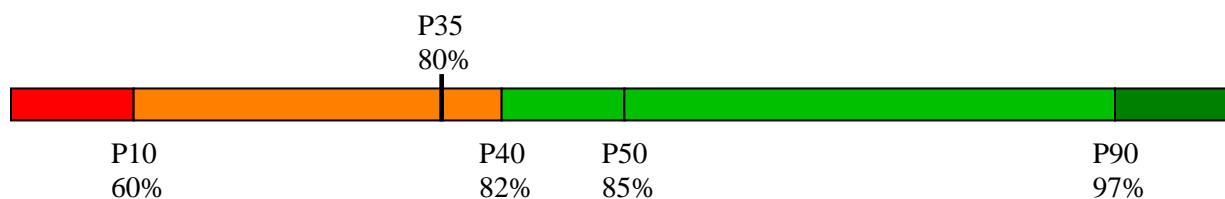


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 25.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 44%. Le score de la médiane (P50) est de 41%.

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

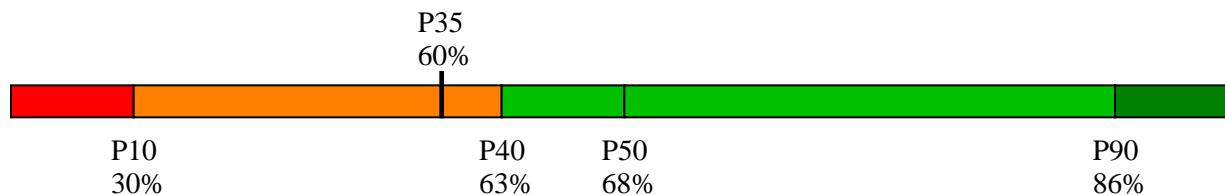
Chez les patients atteints de diabète non insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une détermination de leur taux d'HbA1c au moins deux fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires de soins confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 25.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 80%. Le score de la médiane (P50) est de 85%.

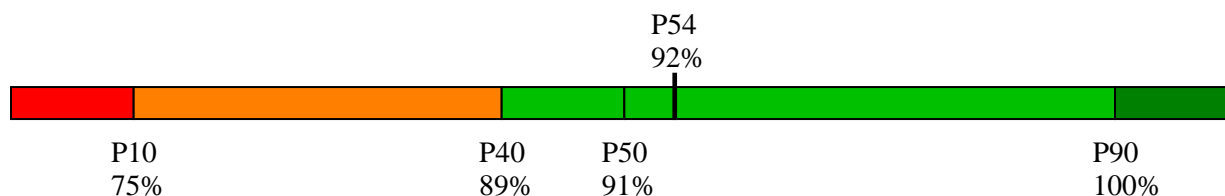
⇒ **Proportion de patients dont la protéinurie/microalbuminurie est déterminée tous les ans**
 Chez les patients atteints de diabète non insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une détermination de leur protéinurie et/ou de leur micro-albuminurie au moins une fois dans l'année mesurée (tous prescripteurs et prestataires confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 25.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 60%. Le score de la médiane (P50) est de 68%.

⇒ **Proportion de patients dont l'état lipidique est déterminé tous les ans**
 Chez les patients atteints de diabète non insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu un bilan lipidique (LDL, HDL et triglycérides) au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous prescripteurs et prestataires confondus).

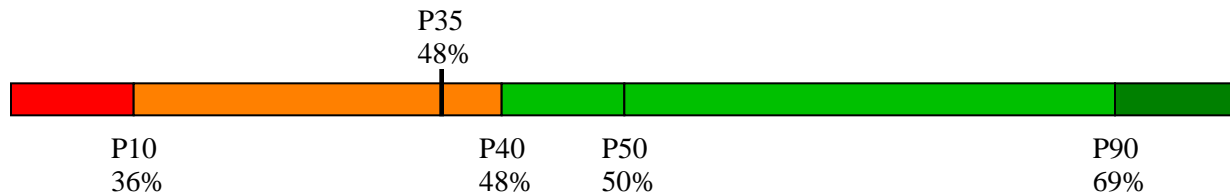


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 25.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 92%. Le score de la médiane (P50) est de 91%.

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

Pour les patients atteints de diabète non insulino-dépendant qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu une consultation ophtalmologique au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires de soins confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 25.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 48%. Le score de la médiane (P50) est de 50%.

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.

Ces indicateurs (avec une ventilation en différentes catégories) vous permettent d'identifier les points de perfectionnement éventuels dans le suivi de vos patients diabétiques, de l'évaluer et de l'optimiser.

Remarque : cette recommandation pour un suivi « idéal » a été rédigée pour la population de diabétiques totale (y compris les patients au diabète mal régulé).

La nuance dans l'interprétation de ces sous-indicateurs est donc extrêmement importante !

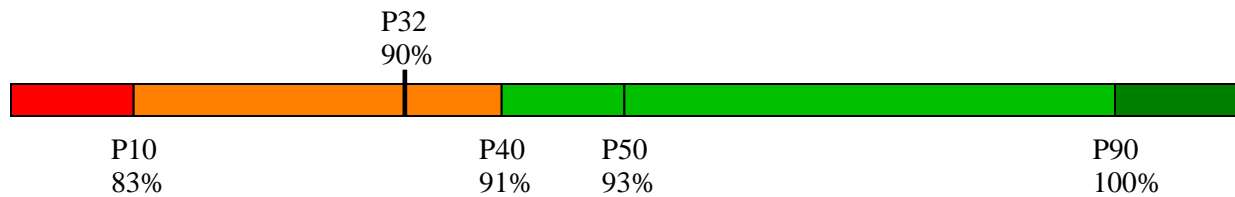
Exemple : une évaluation à jeun de la glycémie dans du sang veineux tous les trois mois (comme le prescrivent les directives) est un critère astreignant et unilatéral. Toutefois, dans la pratique, cette fréquence élevée de tests n'est pas nécessaire pour tous les patients. Un patient bien régulé (HbA1c favorable) et qui prend régulièrement ses mesures capillaires ne doit évidemment pas nécessairement procéder à des mesures veineuses tous les 3 mois. Il est impossible de reprendre tous les scénarios et toutes les nuances à l'aide de cet indicateur. L'évaluation au cas par cas ne peut être faite que par vous, en votre qualité de clinicien.

HYPOTHYROÏDIE

- Déterminez chaque année la TSH pour le suivi d'une hypothyroïdie avérée (après stabilisation de la dose).

⇒ **Proportion de vos patients présentant une hypothyroïdie avérée avec suivi biochimique adéquat (TSH \geq 1 fois/an)**

Chez les patients atteints d'une hypothyroïdie qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont subi un test de TSH au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 29.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 90%. Le score de la médiane (P50) est de 93%.

RÉFLEXION

Idéalement, les patients présentant une hypothyroïdie avérée (stable) doivent se soumettre à une évaluation de la TSH au moins 1 fois par an. Et ce, pour pouvoir procéder à des ajustements thérapeutiques ciblés (par ex. dose journalière), si nécessaire.

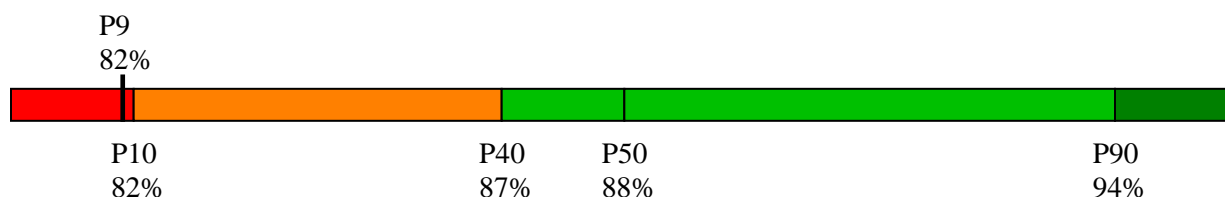
En Belgique, dans l'ensemble, nous relevons déjà aujourd'hui un score $> 90\%$ de suivi adéquat. L'objectif est donc de maintenir ce bon score.

HYPERTENSION

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

⇒ **Proportion de vos patients qui prennent des inhibiteurs de l'ECA, des sartans ou des diurétiques avec suivi biochimique adéquat (créatinine \geq 1 fois/an)**

Pour les patients traités par ICEA, sartans ou diurétiques qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont subi un test de créatinine au moins une fois au cours de l'année mesurée (tous les prescripteurs et prestataires de soins confondus).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 120.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 82%. Le score de la médiane (P50) est de 88%.

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.

Dans l'ensemble, nous relevons déjà aujourd'hui un bon score : > 85 % de suivi adéquat.

OBJECTIF

Nous visons une augmentation supplémentaire de 5 % de la médiane du groupe de comparaison.

THÈME III: Imagerie médicale et examens préopératoires

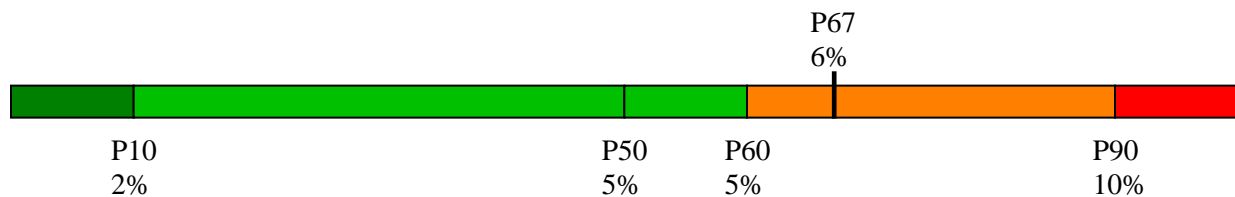
1. Usage excessif de l'imagerie de la colonne vertébrale

➤ N'effectuez pas d'examen d'imagerie en cas de dorsalgie aiguë ou chronique non spécifique.

➤ Si, pour des raisons spécifiques, l'imagerie devait tout de même être indiquée, évitez les examens séquentiels. L'IRM n'est pas toujours le meilleur choix, mais il l'est la plupart du temps.

⇒ **Proportion de vos patients sans problème orthopédique avéré, à qui vous avez prescrit au moins 1 fois une imagerie de la colonne vertébrale au cours des 3 dernières années.**

Chez les patients qui vous ont été assignés sans problèmes orthopédiques connus, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont reçu au moins un examen d'imagerie de la colonne vertébrale au cours des trois dernières années, pour laquelle vous avez préparé l'ordonnance.

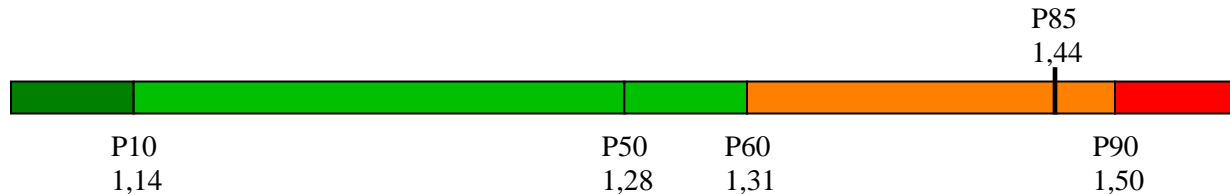


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 1.865.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 6%. Le score de la médiane (P50) est de 5%.

⇒ **Nombre moyen d'examens d'imagerie de la colonne vertébrale différents, par patient.**

Chez les patients qui vous ont été assignés et chez qui vous avez prescrit au moins un examen d'imagerie de la colonne vertébrale au cours des trois dernières années, l'indicateur indique le nombre moyen d'examens différents par patient.



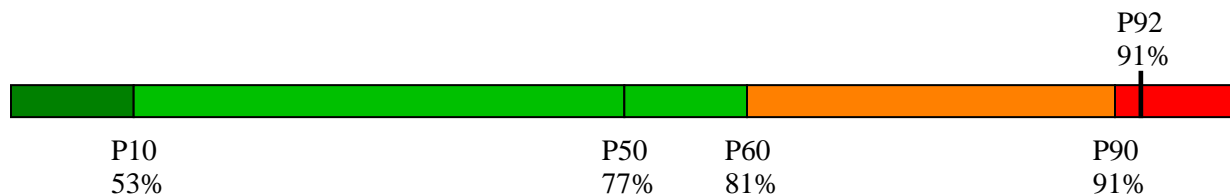
Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 235.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 1,44. Le score de la médiane (P50) est de 1,28.

⇒ **Part de radiographies et de CT-scans* dans l'imagerie de la colonne vertébrale que vous avez prescrite.**

De tous les examens d'imagerie de la colonne vertébrale que vous avez prescrits au cours de la dernière année, l'indicateur indique la proportion d'examens de radiographie et de tomodensitométrie.

*Remarque : les radiographies et les CT-scans ne sont que rarement des examens de premier choix en première intention s'il existe une indication spécifique d'imagerie de la colonne vertébrale. Généralement, l'IRM est en l'occurrence le meilleur choix (malgré un temps d'attente plus long !).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 122.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 91%. Le score de la médiane (P50) est de 77%.

RÉFLEXION

En cas de lombalgie chronique ou aiguë non spécifique (< 6 semaines), il n'est pas recommandé d'effectuer des examens d'imagerie. Sous réserve d'une exclusion anamnétique et clinique de signaux d'alarme (par ex. traumatisme sévère, déficit neurologique prononcé, anesthésie en selle, symptômes B), le patient peut être rassuré du fait que la lombalgie aiguë passe presque toujours spontanément en l'espace de quelques semaines. Le message pour le patient est de rester en mouvement et de prendre un analgésique adapté, si nécessaire. Des examens supplémentaires n'accéléreront ou n'influenceront en aucune façon le processus de guérison.

En cas de dorsalgie chronique, une imagerie (répétée) ne doit être envisagée qu'en cas d'aggravation significative ou à l'apparition de signaux d'alarme, et dans la mesure où cela peut avoir un effet potentiellement positif sur le pronostic ou le traitement.

Dans les cas exceptionnels ci-dessus où un examen plus poussé est indiqué en cas de dorsalgie, l'examen privilégié est généralement une IRM. Dans le cas de ce que l'on appelle des « signaux d'alarme », la compression neuronale (par ex. syndrome de la queue de cheval, discopathie grave, processus expansif) doit être exclue. Ces pathologies sont mieux examinées à l'aide de l'IRM. Si l'on soupçonne des lésions osseuses (fractures, traumatismes, lésions ostéolytiques), une radiographie ou un CT-scan peuvent naturellement être indiqués.

Un outil très utile, développé par le KCE, pour la prise en charge des lombalgies est disponible sur le site : www.lombalgie.kce.be

Malgré les diverses campagnes d'information à l'attention du grand public au cours des dernières années, la Belgique reste un champion absolu de la prescription excessive d'imagerie médicale. Outre un énorme impact économique, cela induit également une dose de radiations élevée pour notre population, ce qui augmente considérablement le risque de cancer. En tant que dispensateur de soins, vous tentez d'accompagner chaque patient le mieux possible et vous souhaitez répondre à ses questions et inquiétudes dans la mesure du possible. Toutefois, la prescription aisée d'imagerie médicale pour la dorsalgie/lombalgie ne s'est avérée profitable ni au patient, ni à la santé publique, ni à notre système de soins de santé !

C'est la raison pour laquelle nous privilégions une utilisation réfléchie, efficace et responsable des examens techniques disponibles.

OBJECTIF

Nous visons une réduction de 20 % de la médiane du groupe de comparaison des deux premiers indicateurs. Par ailleurs, nous visons une diminution de la part des radiographies et des CT-scans de 10 % (en faveur de l'IRM).

2. Usage excessif d'examens préopératoires

En ce qui concerne les examens préopératoires ECG, radio du thorax, INR :

- Chez les patients < 50 ans présentant un faible profil de risque*, n'effectuez pas systématiquement un ECG, une radio du thorax ou une mesure de l'INR comme examens préopératoires pour des chirurgies mineures ou intermédiaires**.
- Chez les patients ≥ 50 ans présentant un faible profil de risque*, n'effectuez pas systématiquement une radio du thorax ou une mesure de l'INR comme examens préopératoires pour des interventions chirurgicales mineures ou intermédiaires**.

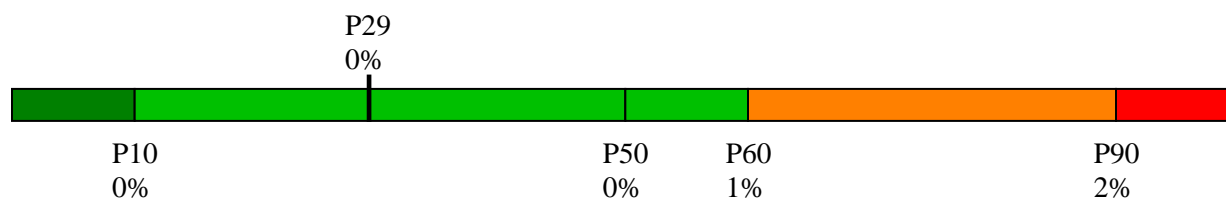
- Chez les patients ≥ 50 ans, effectuez toutefois systématiquement un ECG (au repos) comme examen préopératoire pour des interventions chirurgicales mineures ou intermédiaires**.

*Définition de « faible profil de risque » sur base de nos données disponibles : aucune forme de médication chronique.

**Définition de la chirurgie mineure et intermédiaire : codes de nomenclature de chirurgie avec K≤270, N≤450, I≤550

⇒ **Proportion de patients présentant un faible profil de risque < 50 ans qui ont été soumis à des examens préopératoires superflus pour des interventions chirurgicales mineures et intermédiaires.**

Chez les patients de moins de 50 ans ayant un profil de risque faible qui ont subi une chirurgie mineure ou intermédiaire, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont subi des examens préopératoires inutiles, dont vous étiez le prescripteur ou le prestataire.

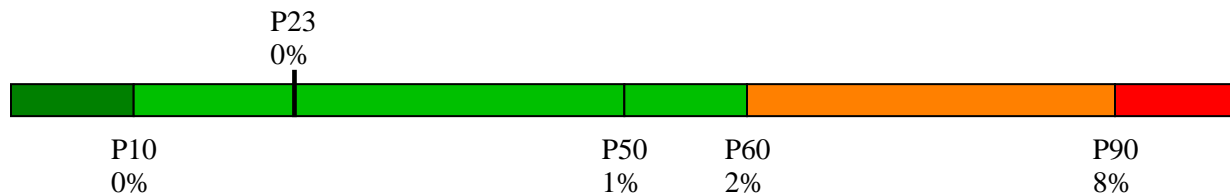


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 386.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 0%. Le score de la médiane (P50) est de 0%.

⇒ **Proportion de patients présentant un faible profil de risque \geq 50 ans qui ont été soumis à des examens préopératoires superflus pour des interventions chirurgicales mineures et intermédiaires.**

Chez les patients de 50 ans ou plus ayant un profil de risque faible qui ont subi une chirurgie mineure ou intermédiaire, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont subi des examens préopératoires inutiles, dont vous étiez le prescripteur ou le prestataire.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 40.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 0%. Le score de la médiane (P50) est de 1%.

RÉFLEXION

Les examens préopératoires doivent être adaptés au profil de risque du patient et à la nature de l'intervention prévue. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire d'effectuer des examens préopératoires systématiques chez les patients (relativement) sains qui subissent une chirurgie élective mineure ou intermédiaire (par ex. excision d'une lésion cutanée, arthroscopie, opération de la cataracte, etc.).

Dans la pratique, nous constatons que cela arrive fréquemment. Nous sommes conscients que le médecin généraliste n'en endosse certainement pas toute la responsabilité, car l'hôpital lui demande bien souvent explicitement de procéder à certains examens préopératoires. Le cas échéant, nous sommes conscients que c'est très difficile de refuser cette demande et de renvoyer le patient chez lui « les mains vides », à l'encontre de la demande d'un confrère spécialiste.

Toutefois, nous avons choisi de vous présenter cet indicateur, à titre informatif, en votre qualité de médecin généraliste. À l'avenir, le même message sera également communiqué aux spécialistes concernés. De cette façon, on peut espérer qu'un dialogue s'ouvrira afin d'optimiser le processus préopératoire et qu'une politique plus efficace pourra progressivement émerger.

Pour information et en guise de soutien à vos choix, vous pouvez retrouver l'application « Preop » sous le lien suivant. Elle a été développée par le KCE.

<http://preop.kce.be/>

3. Exposition aux rayonnements par imagerie médicale obsolète

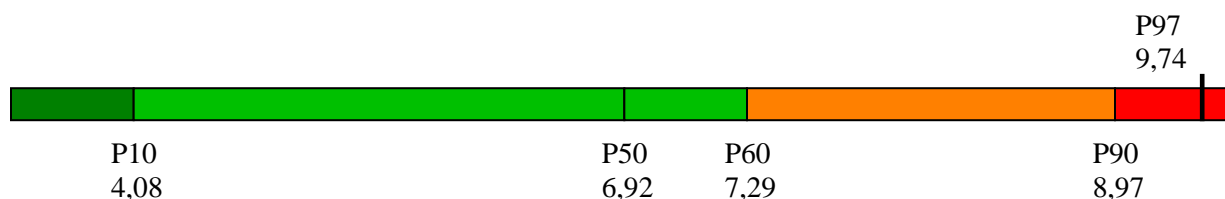
➤ Ne prescrivez pas d'examens d'imagerie qui sont obsolètes dans la pratique de première ligne.

➤ Si un examen d'imagerie doit être prescrit et si plusieurs examens peuvent fournir le même résultat, privilégiez l'examen présentant la dose de radiations la plus faible.

⇒ **Exposition aux rayonnements (en mSv) causée par une imagerie obsolète*, par patient.**

Chez les patients qui vous ont été assignés, l'indicateur indique l'exposition moyenne au rayonnement (en mSv) par patient, causée par des examens d'imagerie obsolètes que vous avez prescrits.

*Obsolète : Il s'agit d'examens qui sont (très) rarement indiqués en première ligne, notamment : CT du crâne, RX face et sinus, CT sinus, RX abdomen avec ou sans contraste, RX urographie/pyélographie/cystographie IV, RX phlébographie, RX colonne vertébrale, CT colonne vertébrale.

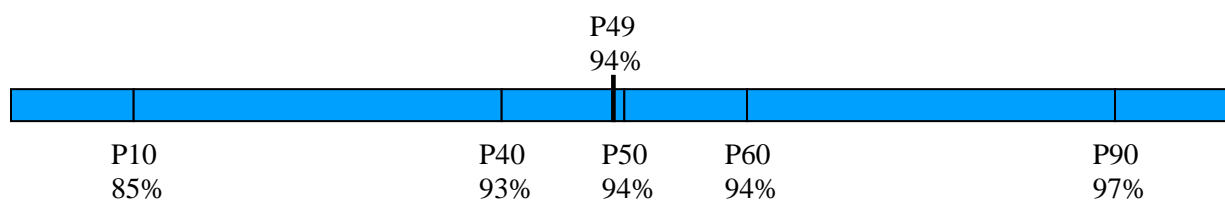


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 124.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 9,74. Le score de la médiane (P50) est de 6,92.

⇒ **Proportion d'exposition aux rayonnements obsolète causée par une RX colonne vertébrale et une CT colonne vertébrale**

De tous les examens d'imagerie obsolètes que vous avez prescrits, l'indicateur indique la proportion de la radiographie et de la tomodensitométrie de la colonne vertébrale.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 124.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 94%. Le score de la médiane (P50) est de 94%.

RÉFLEXION

L'exposition de la population à des rayonnements ionisants est beaucoup plus élevée en Belgique que dans les pays limitrophes. Par exemple, l'exposition aux rayonnements dans notre pays est 3 à 4 fois plus élevée qu'aux Pays-Bas. Cela a de graves conséquences budgétaires (gaspillage des ressources financières qui pourraient être consacrées de façon beaucoup plus utile à d'autres choses). Toutefois, ce qui est plus important encore, c'est que cette forte exposition aux rayonnements induit également un risque de cancer accru pour notre population. Il s'agit donc d'un danger iatrogène direct pour notre santé publique.

On note une tendance nette à l'utilisation excessive générale des examens d'imagerie dans notre pays. Une part importante de l'exposition totale aux rayonnements est causée par des examens obsolètes*. Il s'agit d'examens qui sont (très) rarement indiqués en première intention, notamment : CT du crâne, RX face et sinus, CT sinus, RX abdomen avec ou sans contraste, RX urographie/pyélographie/cystographie IV, RX phlébographie, RX colonne vertébrale, CT colonne vertébrale.

Malgré les diverses campagnes d'information menées ces dernières années à l'intention du grand public et des prescripteurs, la Belgique reste championne absolue de la prescription excessive d'imagerie médicale. En tant que dispensateur de soins, vous tentez d'accompagner chaque patient le mieux possible et vous souhaitez répondre à ses questions et inquiétudes dans la mesure du possible. Toutefois, la prescription aisée ou erronée d'imagerie médicale ne s'est avérée profitable ni au patient, ni à la santé publique.

C'est la raison pour laquelle nous privilégions une utilisation réfléchie, efficace et responsable des examens techniques disponibles.

*Pour info : l'exposition totale aux rayonnements par des examens radiologiques diagnostiques (c.-à-d. à l'exclusion de l'exposition aux rayonnements due à la radiologie interventionnelle, à la coronarographie, au PET-scan, à la radiothérapie) s'élève en moyenne à 1,88 mSv par habitant et par an. Environ 78 % de cette exposition aux rayonnements due à des examens radiologiques diagnostiques est causée par des soins ambulatoires.

OBJECTIF

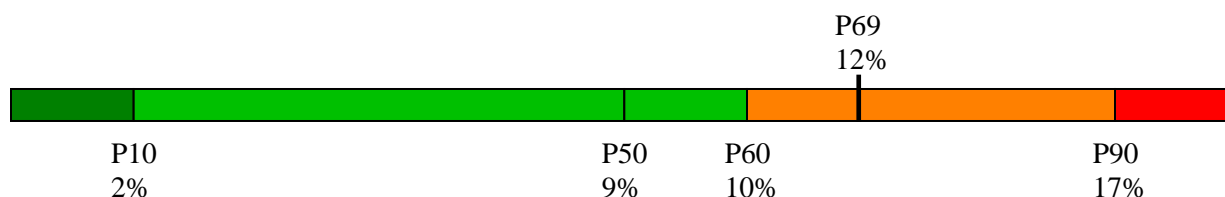
Nous visons une réduction de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

4. Usage excessif de l'échographie de la glande thyroïde

- **N'effectuez pas d'échographie de la glande thyroïde systématique en guise de suivi en cas de troubles de la fonction thyroïdienne.**

⇒ **Proportion de patients atteints d'un trouble avéré de la fonction thyroïdienne qui ont été soumis à ≥ 1 suivi échographique superflu au cours des 3 dernières années.**

Chez les patients atteints d'un trouble avéré de la fonction thyroïdienne qui vous ont été assignés, l'indicateur indique le pourcentage de patients qui ont subi au moins une échographie de la thyroïde ou du cou au cours des trois dernières années, pour lesquels vous avez préparé l'ordonnance.



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 78.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 12%. Le score de la médiane (P50) est de 9%.

RÉFLEXION

Les patients atteints d'un trouble de la fonction thyroïdienne doivent faire l'objet d'un suivi biochimique au moins une fois par année (dosage de la TSH). Toutefois, il n'y a aucune raison de faire réaliser régulièrement une échographie de la glande thyroïde chez ces patients.

En cas (de soupçon) d'anomalies structurelles (par ex. nodule palpable), une échographie peut bien entendu être indiquée. Cela ne survient toutefois que dans une faible minorité des cas. À l'interprétation des chiffres belges, on peut dès lors parler d'une utilisation nettement excessive de l'échographie pour le suivi de troubles **purement fonctionnels** de la glande thyroïde.

Nous privilégions donc une utilisation plus efficace et factuelle de cet examen.

OBJECTIF

Nous visons une réduction de 20 % de la médiane du groupe de comparaison.

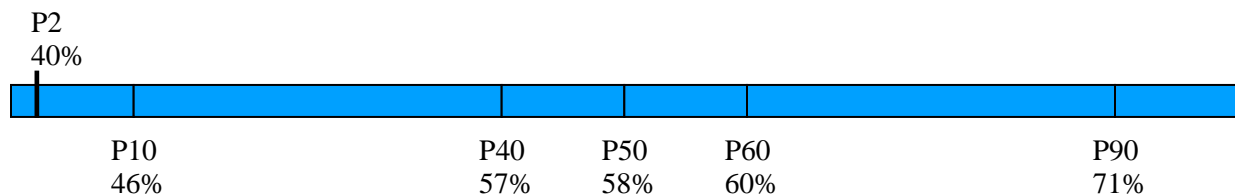
5. Dépistage du cancer du sein

➤ Informez les femmes âgées de 50-69 ans de la possibilité d'un dépistage mammographique bisannuel dans le cadre du programme de dépistage.

➤ Ne procédez pas à un dépistage systématique chez les femmes qui n'appartiennent pas à la tranche d'âge de 50-69 ans.

⇒ **Proportion de femmes dans la population cible (50-69 ans) de votre pratique qui ont été soumises à un dépistage bisannuel.**

Chez les femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas de cancer du sein connu qui vous ont été assignées, l'indicateur indique le pourcentage de patientes qui ont subi au moins une mammographie de dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années (tous prescripteurs et prestataires confondus).

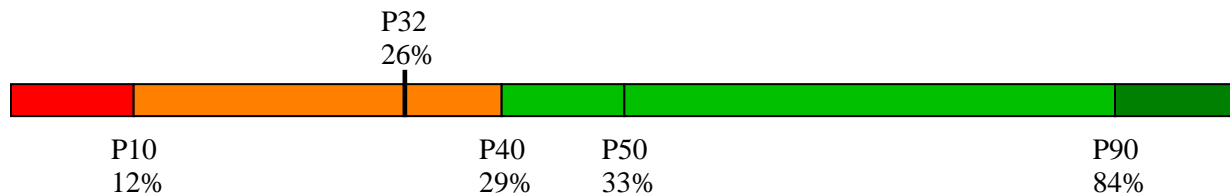


Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 171.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 40%. Le score de la médiane (P50) est de 58%.

⇒ **Proportion de dépistages réalisés par le biais du système de dépistage organisé (= programme de dépistage national) (sur le nombre total de dépistages effectués)**

Chez les femmes de 50 à 69 ans sans cancer du sein connu qui ont subi un dépistage mammographique du cancer du sein au cours des deux dernières années, l'indicateur montre le pourcentage de patientes qui ont subi ce dépistage par le biais du système de dépistage organisé (= programma de dépistage national).



Le nombre de patients de votre pratique qui font partie de la population cible pour cet indicateur s'élève à 69.

Votre score individuel pour cet indicateur s'élève à 26%. Le score de la médiane (P50) est de 33%.

RÉFLEXION

Bon nombre de discussions sont actuellement menées pour déterminer s'il faut ou non procéder à un dépistage mammographique du cancer du sein. Le consensus belge actuel est qu'il incombe au médecin généraliste d'**informer** clairement les femmes de la tranche d'âge de 50-69 ans de la possibilité d'un **dépistage du cancer du sein**, en expliquant les **avantages et inconvénients**. La patiente peut alors prendre une décision réfléchie et **éclairée** avec son médecin.

En Belgique, un **dépistage organisé (programme de dépistage national)** est proposé tous les deux ans aux femmes du groupe cible des 50-69 ans. Pour la patiente même, le dépistage est totalement gratuit. Le dispensateur (une unité de mammographies agréée) transmet en l'occurrence un numéro de nomenclature spécifiquement prévu à cette fin **directement** à l'assurance maladie. Toutes les mammographies effectuées dans ce contexte sont soumises au contrôle d'un second radiologue (deuxième lecture). En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, ce système s'est avéré **à la fois efficace et le plus efficient**.

Nous plaçons pour que les femmes qui choisissent de se faire dépister de manière éclairée le fassent autant que possible par le biais de ce programme de dépistage national organisé. En tant que médecin généraliste, en collaborant autant que possible avec les unités de mammographies agréées, vous jouez un rôle très important à ce niveau. En Flandre, c'est déjà le cas pour la grande majorité tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, on recourt encore beaucoup aux mammographies classiques. Ce système est moins organisé, moins contrôlé et coûte bien plus cher à l'assurance maladie. Une politique plus efficace (à savoir l'utilisation d'un dépistage organisé) permettrait d'utiliser les ressources disponibles de façon beaucoup plus profitable.

Le dépistage systématique des femmes qui n'appartiennent pas à la tranche d'âge de 50-69 ans n'est certainement pas recommandé. Naturellement, il y a des exceptions à cette règle, notamment les femmes qui présentent un risque génétique avéré ou des antécédents personnels de cancer du sein. Toutefois, les chiffres actuels pour la Belgique nous permettent de conclure que les femmes qui n'appartiennent pour l'instant pas au groupe cible sont souvent inutilement soumises à un dépistage, avec toutes les conséquences qui en découlent (risque iatrogène de cancer accru dû à un rayonnement excessif, gaspillage des ressources financières). Nous privilégions dès lors un comportement prescriptif efficace et consciencieux.

OBJECTIF

Notre objectif est d'augmenter de 10 % la proportion de dépistages réalisés par le biais du système de dépistage **organisé** (sur le total des dépistages effectués).

Par ailleurs, nous visons également une réduction de 20 % des dépistages injustifiés pour les femmes qui n'appartiennent pas à la population cible.

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_guideline_shospi_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 : Formulaire de soins aux personnes âgées <https://www.farmaka.be/fr/formulaire-p-a> (novembre 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 :
 - Richtlijn 'Depressie bij volwassenen' – 2016
 - Richtlijn 'Diabetes Mellitus type 2' - 2015
- ⇒ NHG :
 - Standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' - 2012
- ⇒ Présentations Farmaka :
 - « Polypharmacie chez la personne âgée » - 2014
 - « Usage prolongé d'IPP » – 2017
 - « 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
- ⇒ Domus Medica - Cervixkankerscreening - Laatste update: 01.04.2011 Laatste contextuele review: 01.04.2011
- ⇒ Domus Medica - Hormonale anticonceptie - Laatste update: 01.04.2012 Laatste contextuele review: 01.04.2012

Imagerie médicale et examens préopératoires

- ⇒ Guide de pratique clinique du KCE pour les douleurs lombaires 287A
- ⇒ Outil lombalgie du KCE : www.lombalgie.kce.be
- ⇒ NICE Guideline lombalgie : 30.11.2016 - <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
- ⇒ Recommandations pour l'usage correct de l'imagerie médicale proposées par la Société belge de radiologie : 28.02.2014
- ⇒ Guide Duodecim adapté au contexte belge Lombalgie : 19.05.2014
- ⇒ Guide de pratique clinique du KCE pour les examens préopératoires 280A
- ⇒ Application pré-op du KCE : <http://preop.kce.be/>
- ⇒ Campagne de sensibilisation de l'INAMI Imagerie médicale : octobre 2010
- ⇒ Domus Medica: richtlijn omtrent borstkankerscreening: 01.03.2016
- ⇒ Directive de Duodecim : traitement du patient souffrant de troubles thyroïdiens : 01.02.2015
- ⇒ NHG-richtlijn schildklieraandoeningen: 2013