

**Campagne d'information 2015 de la Commission de profils
des « médecins généralistes »:**

Rapport d'activité personnel 2013

Commission de profils des médecins généralistes
Pour tout renseignement: rdq@inami.fgov.be
INAMI - Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité

Introduction

Ce rapport d'activité personnel 2013 poursuit un double objectif.

Premièrement, il a pour objectif de refléter votre activité au cours de l'année considérée dans divers domaines (les prestations, les prescriptions, les médicaments,...). Ce reflet sera soit exprimé en termes financiers, soit en volume (nombre d'actes, nombre de prescriptions,...), soit en %.

Le second objectif poursuivi est de situer votre activité par rapport à celle de vos collègues. Nous comparons en effet vos résultats à un groupe de médecins généralistes. La façon dont ce groupe est constitué est expliqué ci-dessous.

Avant de passer en revue chacun des chapitres de ce rapport, nous précisons :

- les données qui ont été utilisées,
- la manière avec laquelle nous avons construit le groupe de médecins avec lequel votre activité est comparée,
- le contenu du rapport,
- la manière avec laquelle nous présentons les résultats.

1. Quelles données avons-nous utilisées ?

Nous avons construit une base de données se rapportant à l'année 2013 en regroupant plusieurs sources d'information :

- Les variables relatives à vos prestations (consultations, visites,...) ou à vos prescriptions « hors médicaments » (imagerie médicale, biologie clinique, soins infirmiers, kinésithérapie,...) sont basées sur vos attestations de soins ou vos prescriptions.
- Les variables relatives à vos prescriptions de médicaments sont basées sur vos ordonnances de médicaments délivrés en officine publique.

Dans tous les cas, les données ne tiennent compte que des prestations ou des spécialités pharmaceutiques **remboursées dans le cadre de l'assurance maladie**. Cela signifie que les patients qui ne relèvent de l'assurance maladie comme les accidents du travail, les patients CPAS,... n'entrent pas en ligne de compte pour votre rapport d'activité. De même, les médicaments non remboursés par l'INAMI ne sont pas pris en compte dans ce rapport.

2. Comment avons-nous établi le groupe de comparaison ?

Votre pratique est comparée à celle d'un groupe de médecins généralistes avec une pratique temps plein.

La constitution de ce groupe est réalisée en plusieurs étapes :

1. Nous sélectionnons tous les spécialistes en médecine générale âgés de 45 à 54 ans (code compétence 003 ou 004) et qui ont au moins réalisé un acte en 2013 ;
2. Pour chacun de ces médecins, nous calculons les « revenus » (il s'agit des dépenses de prestations remboursées par INAMI) et on en détermine la médiane. Cette médiane est égale à 107.226 €.
3. Pour l'ensemble des médecins généralistes, nous pouvons alors rapporter le revenu au revenu médian. Nous considérons que le résultat de ce rapport constitue l'« Equivalent Temps Plein » (ETP). Les médecins pour lesquels ce rapport est au moins égal à 1 sont considérés comme ayant une activité à temps plein.
4. Pour constituer le groupe de comparaison, nous retenons l'ensemble des médecins dont l'ETP est au moins égal à 1 et inférieur à 1,27 qui correspond au P75 de la distribution. Fixer cette borne supérieure signifie que nous ne prenons pas en compte dans le groupe de comparaison les médecins généralistes qui travailleraient sans relâche (ou qui prendraient à leur compte l'activité de leurs stagiaires).
1.679 médecins font partie de ce groupe de comparaison.

Nous insistons sur le fait que ce groupe de comparaison ne correspond en aucun cas à un profil du médecin généraliste idéal.

3. Quel est le contenu du rapport ?

Ce rapport d'activité comprend 5 chapitres.

Le ***premier chapitre*** décrit votre patientèle en quelques variables comme le nombre de patients attribué, la proportion de patients âgés de « 65 ans et + » ou le nombre de patients bénéficiant du « maximum à facturer ». Une patientèle « atypique » pourrait expliquer certaines particularités de votre pratique. Par exemple, un nombre de patients de « 65 ans et + » plus élevé que dans le groupe de comparaison pourrait expliquer un nombre également plus élevé de visites à domicile.

Le ***chapitre 2*** résume en 4 indicateurs les aspects essentiels de votre activité, à savoir :

1. le coût moyen par patient pour l'ensemble des dépenses occasionnées pour vos patients (uniquement ambulatoires). Ce coût total se décompose comme suit :
2. le coût moyen par patient pour les prestations ;
3. le coût moyen par patient pour les prescriptions « hors médicaments » ;
4. le coût moyen par patient pour les prescriptions de médicaments.

La confrontation de votre résultat avec les résultats du groupe de comparaison doit vous permettre d'identifier les indicateurs sur lesquels vous observez des différences importantes et d'aller directement consulter le chapitre qui vous permettra de mieux comprendre ces différences.

A titre d'exemple, la distribution dans le groupe de comparaison du coût moyen des dépenses de prestations est la suivante :

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
2.02 (!) Coût moyen des dépenses de prestations par patient attribué	220€	96€	122€	144€	169€	219€

Si votre résultat est de 220 EUR, soit fort proche du P95, cela signifie que 95% des médecins du groupe de référence ont un coût moyen inférieur au vôtre.

En consultant le chapitre 3 « Détail des données relatives aux prestations », vous comprendrez si la raison est liée soit à une fréquence plus importante des contacts, soit à la nature des contacts (proportion plus grande des visites), soit encore au fait que vous avez un volume important de prestations techniques.

Les chapitres 3, 4 et 5 vous donnent respectivement le détail de vos données relatives aux prestations, aux prescriptions hors médicaments et aux prescriptions de médicaments.

4. Comment sont présentés les résultats ?

Les résultats sont présentés à travers des tableaux.

La plupart des tableaux sont construits sur base du schéma suivant:

- La première colonne précise le nom des indicateurs.
- La seconde colonne, dénommée "Vous" contient vos propres valeurs pour ces indicateurs.
- Les colonnes suivantes détaillent les valeurs de dispersion pour vous situer par rapport au groupe de comparaison. Pour mesurer la dispersion des valeurs, les tableaux présentent les percentiles P5, P25, P50, P75 et P95.

La signification, par exemple, du percentile P50 (appelé aussi médiane) est la suivante: 50% des observations se situe sous la valeur de ce percentile. A titre d'illustration, la valeur du P50 pour le nombre de patients par médecins (Table 1.1) est de 842. Cela signifie que 50% des médecins généralistes du groupe de comparaison ont moins de 842 patients.

Le raisonnement est identique pour les autres percentiles.

Chapitre 1: Description de votre patientèle

DESCRIPTION DES INDICATEURS

1.01 Nombre de patients attribués

Ce nombre de patient attribué est calculé de la manière suivante :

Pour chaque affilié, les organismes assureurs relèvent l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes durant l'année comptable 2013. Trois situations s'observent après ce comptage :

1° l'affilié ne consomme pas de soins de médecine générale durant toute l'année comptable : aucun médecin traitant ne peut lui être attribué. Il n'est pas considéré comme patient ;

2° l'affilié consulte durant toute l'année comptable le même médecin généraliste : cet affilié est considéré comme le "patient" de ce médecin;

3° l'affilié consulte plusieurs médecins généralistes sur l'année : dans ce cas, les organismes assureurs sélectionnent le médecin le plus souvent consulté comme médecin traitant. L'affilié sera considéré uniquement comme un "patient" du médecin majoritairement consulté. En cas d'égalité du nombre de consultations du patient auprès de différents généralistes, ce patient est attribué au médecin généraliste qui a été consulté en premier au cours de l'année.

Ce nombre est fréquemment utilisé comme dénominateur pour d'autres indicateurs présentés dans votre rapport d'activité. Toutefois, ce chiffre pourrait ne pas correspondre avec votre pratique réelle. Dans ce cas, il conviendra de corriger tous les indicateurs basés sur cette variable (identifiables par un point d'exclamation).

1.02 Proportion d'hommes

L'indicateur montre la proportion d'hommes parmi vos patients attribués.

1.03 Proportion de patients de 65 ans et plus

L'indicateur montre la proportion de patients de 65 ans et plus (au 31 décembre 2013) parmi vos patients attribués.

1.04 Proportion de patients bénéficiant du maximum à facturer

L'indicateur montre la proportion de vos patients attribués qui bénéficient du Maximum à Facturer (social, fiscal, revenus faibles ou modestes, enfants bénéficiant d'une allocation majorée, ...) (situation au 31 décembre 2013).

1.05 Proportion de patients sans régime préférentiel

L'indicateur montre la proportion de vos patients attribués qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée.

1.06 Proportion de patients chroniques

L'indicateur donne, parmi vos patients attribués le pourcentage recevant pour au moins une molécule (code ATC 5 positions) dans l'année (tous prescripteurs confondus) un total supérieur à 80 jours théoriques de prescription (>80 DDD) (hors hormones contraceptives)

RAPPORT DE FEEDBACK INDIVIDUEL

Table 1.1 Caractéristiques de la patientèle

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
1.01 Nombre de patients attribués	945	549	711	842	997	1.270
1.02 Proportion d'hommes	49,0%	38,0%	42,8%	46,3%	49,6%	54,4%
1.03 Proportion de patients de 65 ans et plus	25,7%	8,8%	16,6%	23,0%	30,1%	42,6%
1.04 Proportion de patients bénéficiant du maximum à facturer	10,4%	6,7%	9,4%	11,9%	14,6%	19,1%
1.05 Proportion de patients sans régime préférentiel	87,2%	61,6%	78,5%	84,5%	89,0%	93,0%
1.06 Proportion de patients chroniques	65,1%	42,3%	52,9%	59,7%	65,6%	73,6%

Chapitre 2: Les coûts moyens par patient

DESCRIPTION DES INDICATEURS

2.01 (!) Coût moyen des dépenses totales par patient attribué

L'indicateur montre le coût moyen par patient attribué pour **l'ensemble des dépenses générées** par votre activité : les dépenses de prestations (consultations, visites,...), les prescriptions « hors médicaments » (imagerie médicale, biologie clinique,...) et les prescriptions de médicaments.

2.02(!) Coût moyen des dépenses de prestations par patient attribué

L'indicateur montre le coût moyen par patient attribué **pour les dépenses relatives à vos prestations**. En l'occurrence, il s'agit des consultations, des visites, des avis, des dossiers médicaux globaux, des prestations techniques,....

Le détail des résultats pour les dépenses de prestations se trouve au chapitre 3.

2.03 (!)Coût moyen des dépenses de prescriptions (hors médicaments) par patient attribué

L'indicateur montre le coût moyen par patient attribué pour **les dépenses relatives à vos prescriptions « hors médicaments »**. En l'occurrence , il s'agit des prescriptions de biologie clinique, d'imagerie médicale, de kinésithérapie et de soins infirmiers. La rubrique « Divers » comprend des prescriptions de matériel, de logopédie, de bandagisterie,...

Le détail des résultats pour les dépenses de prescriptions « hors médicaments » se trouve au chapitre 4.

2.04 (!)Coût moyen des dépenses de prescriptions de médicaments par patient attribué

L'indicateur donne le coût moyen par patient attribué pour **les dépenses relatives à vos ordonnances de médicaments** remboursables délivrées en officine publique.

Le détail des résultats pour les dépenses de prescriptions de médicaments se trouve au chapitre 5.

La somme de vos coûts moyens des indicateurs (2.02 + 2.03 + 2.04) donne le coût moyen total (2.01).

N.B. Ceci n'est pas vrai pour les autres colonnes car les percentiles concernent des prestataires différents.

RAPPORT DE FEEDBACK INDIVIDUEL

Table 2.1 Coûts moyens par patient ambulatoire (en €)

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
2.01 (!) Coût moyen des dépenses totales par patient attribué	493 €	304€	414€	494€	589€	762€
2.02 (!) Coût moyen des dépenses de prestations par patient attribué	126 €	96€	122€	144€	169€	219€
2.03 (!) Coût moyen des dépenses de prescriptions (hors médicaments) par patient attribué	170 €	79€	118€	149€	189€	274€
2.04 (!) Coût moyen des dépenses de prescriptions de médicaments par patient attribué	197 €	96€	157€	196€	243€	325€

Chapitre 3 : Détails des données relatives aux prestations

Ce chapitre fournit le détail des données relatives aux prestations et permet de comprendre la valeur de l'indicateur 2.02.

3.1. Dépenses des prestations pour les patients ambulants

La table 3.1 ventile (en %) le total des dépenses de prestations en 6 rubriques à savoir :

1. les consultations,
2. les visites,
3. les avis,
4. les dossiers médicaux globaux,
5. les prestations techniques,
6. les prestations diverses.

Lorsqu'on divise le total des dépenses de ces 6 rubriques par le nombre de patients attribués, on retrouve l'indicateur 2.02 (Table 2.1).

Table 3.1: Ventilation des dépenses de prestations pour les patients ambulatoires (en %)

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
3.01 Consultations	55,8%	31,8%	45,0%	53,8%	61,3%	73,8%
3.02 Visites	37,8%	7,8%	18,9%	28,5%	39,8%	58,7%
3.03 Avis	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
3.04 Dossier médical global (DMG)	4,6%	2,8%	9,1%	13,6%	17,8%	23,5%
3.05 Prestations techniques	1,1%	0,0%	0,2%	0,6%	1,2%	2,3%
3.06 Prestations diverses	0,7%	0,1%	0,7%	1,6%	2,9%	4,8%
3.07 Total prestations	119.049 €	108.210€	113.685€	120.485€	128.263€	134.395€

3.2. Volume des prestations pour les patients ambulants

Le tableau 3.2 ventile le nombre total de contacts en distinguant les consultations, les visites et les avis. Lorsqu'on divise le nombre total de contacts par le nombre de patients attribués on obtient le nombre de contacts annuel par patient (indicateur 3.12).

Dans ce même tableau 3.2 nous indiquons le nombre de DMG, le nombre de trajets de soins sur le nombre de DMG, le nombre de passeport diabète ainsi que le nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires.

Table 3.2: Contacts, volume et structure (patients ambulatoires)

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
3.08 Consultations sur le nombre de contacts	68,0%	44,3%	61,8%	72,7%	82,2%	92,8%
3.09 Visites sur le nombre de contacts	32,0%	6,6%	17,2%	26,4%	37,5%	55,3%
3.10 Avis sur le nombre de contacts	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	4,1%
3.11 Nombre total de contacts	5.162	3.769	4.179	4.516	4.882	5.547

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
1.01 (!) Nombre de patients attribués	945	549	711	842	997	1.270
3.12 (!) Nombre de contacts par patient attribué	5,5	3,9	4,7	5,3	6,1	8,0
3.13 Nombre de DMG	187	105	378	573	763	1.058
3.14 Nombre de Trajets de soins sur le nombre de DMG	1,6%	0,0%	0,3%	0,8%	1,4%	3,1%
3.15 Nombre de passeport diabète	0	0	0	0	1	21
3.16 Nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires	0	0	0	0	0	2

La méthodologie de calcul de la patientele (voir page 6) peut expliquer que le nombre de patients soit sous-évalué. En effet, un patient est attribué au médecin généraliste avec lequel il a eu le plus de contacts (consultations, visites). Si vous n'avez pas pratiqué un certain temps en 2013 (à cause d'une maladie, par exemple), il est probable que certains de vos patients auront eu un plus grand nombre de contacts avec le médecin qui vous remplace. En conséquence, dans le cadre de ce rapport individuel, ce patient aura été attribué à votre remplaçant (bien que son DMG soit géré par vous).

Concernant le DMG, nous attirons votre attention sur le fait que le nombre de DMG repris dans le tableau est basé d'une part sur les attestations 2013 du code 102771 et d'autre part sur les renouvellements administratifs (102793) relatifs à l'année 2012. Dans les deux cas, la rapidité de comptabilisation est dépendante du délai dans lequel le patient introduit son attestation à sa mutuelle.

Chapitre 4: Détails des données relatives aux prescriptions hors médicaments

Ce chapitre fournit le détail des données relatives aux prescriptions « hors médicaments » et permet de comprendre la valeur de l'indicateur 2.03.

Ce chapitre se découpe en 3 sections.

La section 4.1 présente un résumé des dépenses (totales et par patient) des principaux types de prescriptions.

La section 4.2 détaille les prescriptions d'imagerie médicale tandis que la section 4.3 décrit les prescriptions de biologie clinique.

La Commission Nationale Médico-Mutualiste souhaite en effet **responsabiliser les médecins quant aux prescriptions diagnostiques d'imagerie et de biologie clinique.** Des différences inexplicables de consommation apparaissent entre provinces en Belgique. Ce constat doit conduire chaque prescripteur à se poser la question de l'utilité de chaque examen **en évitant les examens inappropriés, redondants ou superflus.**

Il est une autre raison importante soulevée par le Conseil Supérieur de la Santé à laquelle la Commission Nationale Médico-Mutualiste s'associe : il s'agit du **risque d'exposition aux rayons ionisants d'origine médicale qui est directement lié à la prescription d'examens d'imagerie diagnostique**: la dose moyenne annuelle par habitant en 2013 atteint 2,14 mSV (millisievert). Un chiffre presque *trois fois plus élevé qu'aux Pays-Bas*.

Cette campagne est l'occasion de sensibiliser chaque prescripteur à l'application du principe de précaution : le prescripteur doit veiller à privilégier les examens radiologiques non ionisants, conformément aux recommandations internationales.

A cette fin, nous vous proposons une liste d'examens dont les indications sont particulièrement réduites selon les recommandations les plus récentes :

1. Tomodensitométrie de la tête ou de la colonne ;
2. Radiographies de la colonne (cervicale, dorsale, lombaire, sacrée, totale) ;
3. Radiographie du thorax ;
4. Radiographie de la face et des sinus ;
5. Radiographie de l'abdomen à blanc ;
6. Radiographie de l'appareil urinaire (UIV, pyélographie et cystographie) ;
7. Phlébographie des membres.

4.1. Ventilation du coût total et coût par patient des prescriptions ambulatoires (hors médicaments)

Table 4.1: Ventilation des dépenses de prescriptions hors médicaments

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.01 Biologie clinique	21,6%	15,7%	23,2%	28,1%	33,7%	43,1%
4.02 Imagerie médicale	9,4%	6,9%	11,5%	15,8%	20,8%	28,4%
4.03 Kinésithérapie	30,4%	15,5%	22,9%	27,6%	32,8%	41,1%
4.04 Soins infirmiers	33,1%	4,1%	12,1%	19,9%	29,5%	42,9%
4.05 Divers (appareils, logopédie,...)	5,4%	1,3%	2,9%	4,3%	6,3%	11,4%
4.06 Prescriptions hors médicaments	160.761 €	66.276€	98.997€	124.211€	156.799€	219.146€

Table 4.2: Coût moyen des prescriptions hors médicaments par patient

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.07 (!) Coût moyen en biologie clinique par patient attribué	37 €	24€	33€	41€	50€	69€
4.08 (!) Coût moyen en imagerie médicale par patient attribué	16 €	10€	17€	23€	31€	47€
4.09 (!) Coût moyen en kinésithérapie par patient attribué	52 €	16€	30€	42€	55€	82€
4.10 (!) Coût moyen en soins infirmiers par patient attribué	56 €	4€	15€	29€	51€	103€
4.11 (!) Coût moyen « Divers » (appareils, logopédie,...) par patient attribué	9 €	2€	4€	6€	10€	20€
2.03 (!) Coût moyen des dépenses de prescriptions (hors médicaments) par patient attribué	170 €	79€	118€	149€	189€	274€

Ce tableau 4.2 donne le résultat de la division des montants du tableau 4.1 par le nombre des patients attribués.

4.2. Les prescriptions d'imagerie médicale

4.2.1. Coût par patient et son explication

Le coût moyen par patient en imagerie médicale est obtenu en divisant le total des dépenses en imagerie médicale par le nombre de patient attribué.

La valeur de ce coût moyen par patient peut s'expliquer de deux façons : soit par le coût moyen par prescription, soit par le nombre de prescriptions par patient.

En termes mathématiques, nous pouvons représenter les choses comme ceci :

Coût moyen en imagerie médicale par patient = Coût moyen par prescription * Nombre de prescriptions par patient

$$\frac{\text{Dépenses totales}}{\text{Nbre de patients}} = \frac{\text{Dépenses totales}}{\text{Nbre de prescriptions}} * \frac{\text{Nbre de prescriptions}}{\text{Nbre de patients}}$$

La Table 4.3 présente donc les 3 éléments de cette formule.

Table 4.3: Le coût d'imagerie médicale par patient

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.08 Coût moyen d'imagerie par patient	16 €	10€	17€	23€	31€	47€
4.12 Coût moyen par prescription d'imagerie	121 €	95€	109€	120€	130€	148€
4.13 Nombre moyen de prescriptions par 100 patients	13,3	8,7	14,3	19,2	25,3	36,8

4.2.2. Structure de la prescription d'imagerie médicale

Le tableau 4.4 donne la structure de la prescription en imagerie médicale. La prescription est ainsi ventilée en 6 catégories différentes.

Table 4.4: La structure de la prescription d'imagerie médicale par 100 patients

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.14 Nombre moyen de RX sauf thorax par 100 patients attribués	14,8	7,4	13,3	18,3	25,3	38,5
4.15 Nombre moyen de RX thorax par 100 patients attribués	1,0	0,6	1,4	2,1	3,3	5,8
4.16 Nombre moyen de scanner par 100 patients attribués	3,1	0,7	2,3	4,2	6,9	12,1
4.17 Nombre moyen d'écho par 100 patients attribués	7,9	3,5	6,5	9,1	12,4	19,1
4.18 Nombre moyen d'écho doppler par 100 patients attribués	1,7	0,5	1,3	2,2	3,2	5,3
4.19 Nombre moyen d'IRM par 100 patients attribués	1,3	0,4	1,1	2,1	3,5	6,3

4.2.3. Exposition aux irradiations ionisantes relatives à la prescription d'imagerie diagnostique

La table 4.5 présente l'irradiation moyenne par patient de l'ensemble des prescriptions d'imagerie médicale et l'irradiation engendrée par les prescriptions reprises au point 4.2.4 à savoir les prescriptions d'imagerie médicale dont les indications sont particulièrement réduites.

En effet, certains actes d'imagerie médicale exposent les patients à une dose de radiations exprimée en millisievert (mSv). Sur base d'une table de conversion éditée par l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire, il est possible de calculer la dose totale de radiations que représentent l'ensemble de vos prescriptions d'imagerie médicale.

Par exemple, une radiographie de la main expose le patient à une radiation faible de l'ordre de 0,00014 mSv alors qu'une radiographie de la colonne lombaire expose le patient à une exposition de 4,2 mSv et une « tomographie d'un niveau sous forme d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral avec ou sans moyen de contraste » à une exposition de 9.96 mSv !

Table 4.5: Estimation de l'exposition théorique par 100 patients

	U	P5	P25	P50	P75	P95
4.20 Exposition moyenne par 100 patients (mSv)	35,4	12,9	28,8	46,0	71,9	119,8
4.21 Exposition moyenne par 100 patients (mSv) en lien avec des prescriptions d'imagerie dont les indications sont particulièrement réduites	25,4	6,6	16,9	28,9	46,2	77,1

4.2.4. Prescriptions d'imagerie médicale dont les indications sont réduites

Dans le tableau 4.6, vous trouverez les proportions d'examens par prescription dont les indications sont particulièrement réduites selon les recommandations les plus récentes.

Table 4.6: Les prescriptions d'imagerie médicale dont les indications sont particulièrement réduites (par 100 prescriptions)

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.22 Proportion de RX abdomen à blanc par 100 prescriptions	1,6	0,0	0,0	0,9	2,3	6,8
4.23 Proportion de RX abdomen baryté par 100 prescriptions	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
4.24 Proportion de RX abdomen +ampli par 100 prescriptions	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
4.25 Proportion de CT colonne par 100 prescriptions	15,9	0,6	4,3	9,0	14,1	22,7
4.26 Proportion de CT tête par 100 prescriptions	0,0	0,00	1,4	2,8	4,4	7,5
4.27 Proportion de phlébographie par 100 prescriptions	0,0	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
4.29 Proportion de RX colonne par 100 prescriptions	11,9	3,0	7,5	12,3	18,8	30,8
4.30 Proportion de RX crane par 100 prescriptions	0,8	0,0	0,0	0,6	1,6	4,5
4.31 Proportion de RX thorax par 100 prescriptions	7,1	4,1	7,9	11,4	15,6	23,4
4.32 Proportion de pyélo, cystographie et d'UIV par 100 prescriptions	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4

4.3. Les prescriptions de biologie clinique

4.3.1. Coût par patient et son explication

Le coût moyen par patient pour la biologie clinique est obtenu en divisant le total des dépenses en biologie clinique par le nombre de patient attribué. La valeur de ce coût moyen par patient peut s'expliquer de deux façons : soit par le coût moyen par prescription, soit par le nombre de prescriptions par patient.

En termes mathématiques, nous pouvons représenter les choses comme ceci :

$$\begin{aligned} \text{Coût moyen en biologie clinique} &= \text{Coût moyen par prescription} * \text{Nombre de prescriptions par patient} \\ \frac{\text{Dépenses totales}}{\text{Nbre de patients}} &= \frac{\text{Dépenses totales}}{\text{Nbre de prescriptions}} * \frac{\text{Nbre de prescriptions}}{\text{Nbre de patients}} \end{aligned}$$

La table 4.7 présente donc les 3 éléments de cette formule.

Table 4.7: Le coût de biologie clinique par patient

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.07 Coût moyen de biologie clinique par patient	37 €	24€	33€	41€	50€	69€
4.34 Coût moyen de biologie clinique par prescription	34 €	32€	36€	40€	44€	51€
4.35 Nombre moyen de prescriptions par patient	1,1	0,6	0,8	1,0	1,3	1,7

4.3.2. Proportion de prescriptions chères de biologie clinique

Le tableau 4.8 donne la proportion de prescriptions chères de biologie clinique.

Qu'est-ce qu'une prescription chère de biologie clinique ?

Il s'agit d'une prescription dont la valeur totale est supérieure à B 3.500.

L'honoraire de chaque code de nomenclature se base sur une lettre-clé (B pour la biologie clinique) et un coefficient. Par exemple, la prestation 540330 "Dosage de la créatinine" a un coefficient de 70. L'addition de l'ensemble des coefficients des actes de biologie clinique que vous prescrivez sur une ordonnance détermine le caractère onéreux ou pas de cette ordonnance. L'ajout de nombreux examens peu onéreux ou l'ajout de quelques examens très onéreux augmentent le coefficient total de la prescription.

Les coefficients et les lettres clés sont disponibles dans la nomenclature ou sur le site internet de l'INAMI.

Table 4.8: Proportion de prescriptions chères en biologie clinique

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
4.36 Proportion de prescriptions chères	1,7%	0,7%	2,8%	6,6%	14,9%	42,7%

Chapitre 5: Détails des données relatives aux prescriptions de médicaments

Ce chapitre est consacré à votre prescription de médicaments (remboursés). Il comprend trois sections : indicateur de polymédication, indicateurs de coûts et indicateurs de qualité.

Nous attirons plus particulièrement votre attention sur la prescription des médicaments aux personnes âgées. En effet, un rapport réalisé par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (« *L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges* », KCE Reports 47B) en collaboration avec l'INAMI et un consortium de recherche sous la direction du 'Heymansinstituut' de Gand, a fait le constat :

- d'une consommation chronique particulièrement élevée de médicaments antidépresseurs chez les personnes âgées, souvent en combinaison avec des calmants.
- En outre, sont également prescrits aux personnes âgées des médicaments anciens ou dont l'efficacité est insuffisamment démontrée.
- Même s'il est normal que les résidents des maisons de repos consomment plus de médicaments que les jeunes car ils souffrent plus souvent de maladies de longue durée et chroniques et cumulent plusieurs affections simultanément, la consommation de médicaments peut être améliorée. **Un résident belge prend en moyenne 8 pilules par jour.**

Les indicateurs ne s'affichent pas dans votre feed-back si vous avez moins de 5 patients attribués concernés par l'indicateur.

5.1. Indicateur de polymédication

5.01 Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec un nombre de molécules ≥ 5

Definition	Parmi vos patients attribués de 65 ans et plus, pourcentage recevant au moins 5 molécules (code ATC 5 positions) différentes sur l'année pendant plus de 80 jours chacune (tous prescripteurs confondus).
Ventilation	65 - 74 ans, 75 - 84 ans, 85 ans et plus
Commentaires	Une évaluation annuelle systématique de la consommation médicamenteuse est souhaitable chez les personnes polymédiquées de 65 ans et plus pour vérifier les interactions médicamenteuses et les contraindications éventuelles.

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.01 Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec un nombre de molécules ≥ 5						
65-74 ans	33,7%	19,9%	27,2%	33,3%	40,0%	49,5%
75-84 ans	53,3%	31,4%	40,5%	46,9%	53,4%	64,0%
85 ans et plus	43,1%	29,5%	42,3%	51,2%	60,0%	73,0%

5.2. Les indicateurs de coûts

(!)2.04 Coût moyen des dépenses de prescriptions de médicaments par patient attribué

Definition	Le coût total de vos prescriptions pharmaceutiques dans l'année rapporté au nombre de patients qui vous sont attribués.
Commentaires	Le résultat sera généralement d'autant plus élevé que votre patientèle comprend relativement plus de patients chroniques ou âgés.

5.03 Pourcentage de patients chroniques avec prescription d'une molécule > 500 DDD/ an

Definition	L'indicateur donne, parmi vos patients chroniques attribués, le pourcentage recevant pour au moins une molécule (code ATC 5 positions) dans l'année (tous prescripteurs confondus) un total supérieur à 500 jours théoriques de prescription (>500 DDD).
Commentaires	Cet indicateur permet de sensibiliser les patients au gaspillage éventuel de certains médicaments. La médiane du groupe de comparaison est de 28.1%. Nous espérons une diminution du résultat de 10% (28.1% => 25.3%).

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
(!)2.04 Coût moyen des dépenses de prescriptions de médicaments par patient attribué	197 €	96€	157€	196€	243€	325€
5.03 Pourcentage de patients chroniques avec prescription d'une molécule > 500 DDD/ an	28,5%	19,5%	24,7%	28,1%	31,5%	36,6%

5.3. Les indicateurs de qualité

5.3.1. Antibiotiques

La BAPCOC recommande de ne pas prescrire d'antibiotiques si la maladie du patient ne le justifie pas et de prescrire de manière judicieuse lorsque c'est nécessaire. En effet, dans le cadre de la prévention de la résistance bactérienne, il faut veiller à prescrire l'antibiotique possédant le spectre le plus étroit possible, suivant la probabilité de l'étiologie bactérienne.

5.04 Pourcentage de patients avec prescription antibiotique dans l'année

Definition	Parmi vos patients attribués, pourcentage qui ont reçu au moins une prescription d'antibiotiques (code ATC J01) (tous prescripteurs confondus)
Ventilation	L'indicateur est ventilé entre les patients de moins de 15 ans et ceux de 15 ans et plus.
Commentaires	<p>La médiane du groupe de comparaison pour les patients de plus de 15 ans est de 51.8%. Nous espérons une diminution du résultat de 10% (51.8% => 46.6%).</p> <p>Les infections les plus courantes en médecine ambulatoire guérissent généralement spontanément. Les antibiotiques ne sont nécessaires que pour lutter contre des bactéries plus pathogènes ou dans des circonstances bien spécifiques (comorbidité comme le diabète, l'immunosuppression...).</p> <p>La prescription d'antibiotiques dans des infections respiratoires qui n'en nécessitaient pas, par exemple dans 2/3 des bronchites aiguës, reste fréquente chez des personnes âgées institutionnalisées.</p>

5.05 et 5.06 Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline, non combinée avec acide clavulanique

Definition	Parmi l'ensemble de vos prescriptions d'amoxicilline (combinée ou non avec l'acide clavulanique), l'indicateur fournit le pourcentage de prescriptions d'amoxicilline « pure » (non combinée à l'acide clavulanique).
Ventilation	L'indicateur est ventilé entre les patients de moins de 15 ans (5.05) et ceux de 15 ans et plus (5.06).
Commentaires	<p>L'amoxicilline représente l'antibiotique de choix en cas d'infections respiratoires (pour autant qu'une antibiothérapie s'impose) puisqu'elle est efficace dans plus de 99% des infections à pneumocoques. La résistance du pneumocoque à la pénicilline n'est pas liée à la production de bêta-lactamase. Il est donc inutile d'ajouter de l'acide clavulanique.</p> <p>La médiane du groupe de comparaison pour les patients de plus de 15 ans est de 47.3%. Nous espérons une augmentation du résultat de 10% (47.3% => 52%).</p>

5.07 Pourcentage DDD (macrolides + quinolones + amoxicilline combinée à l'acide clavulanique + céphalosporines) / DDD antibiotiques

Definition	Parmi l'ensemble de vos prescriptions d'antibiotiques (code ATC J01), l'indicateur donne le pourcentage du volume (en DDD) que représente votre prescription de céphalosporines (codes ATC J01D), de quinolones (code ATC J01M), de macrolides (code ATC J01FA) et d'amoxicilline combinée à l'acide clavulanique (code ATC J01CR02) par rapport à l'ensemble des DDD d'antibiotiques prescrits.
Commentaires	<p>Dans le cadre de la prévention de la résistance bactérienne, il faut veiller à prescrire l'antibiotique possédant le spectre le plus étroit possible.</p> <p>La médiane du groupe de comparaison est de 53.6%. Nous espérons une diminution du résultat de 20% (53.6% => 42.9%).</p>

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.04 Pourcentage de patients avec prescription antibiotique dans l'année						
< 15 ans	75,6%	46,9%	61,2%	71,1%	80,6%	91,5%
≥ 15 ans	44,4%	37,0%	45,5%	51,8%	57,8%	66,3%
5.05 Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline, non combinée avec acide clavulanique (moins de 15 ans)	98,3%	21,3%	60,8%	81,0%	91,6%	100,0%
5.06 Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline, non combinée avec acide clavulanique (plus de 15 ans)	59,7%	10,0%	29,7%	47,3%	61,8%	79,6%
5.07 Pourcentage DDD (macrolides + quinolones + amoxicilline combinée à l'acide clavulanique + céphalosporines) / DDD antibiotiques	39,9%	27,5%	41,3%	53,6%	64,9%	80,4%

5.3.2. Grippe

Pour rappel, le Conseil Supérieur de la Santé recommande de vacciner contre la grippe toute personne à risque et tous les patients de 65 ans et plus chaque année.

5.08 Pourcentage de patients de 65 ans et plus dans l'année vacciné contre la grippe

Definition

Parmi vos patients attribués ayant 65 ans et plus, l'indicateur fournit le pourcentage vacciné contre la grippe dans l'année.

Commentaires

Les chiffres mentionnés dans le tableau ne tiennent compte que des vaccins remboursés par l'INAMI. Ainsi, ils ne tiennent pas compte des vaccins administrés gratuitement en Flandre pour les résidents de maisons de repos et de soins.

La médiane du groupe de comparaison est de 58.9%. Nous espérons une augmentation du résultat de 15% (58.9% => 67.7%).

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.08 Pourcentage de patients de 65 ans et plus dans l'année vacciné contre la grippe	59,8%	35,9%	51,1%	58,9%	66,4%	75,9%

5.3.3. Statines

Les statines sont recommandées chez les patients qui présentent un antécédent d'infarctus, AVC ou AIT d'origine artérioscléreuse (pas cardio-embolique sur fibrillation auriculaire). Elles ne sont pas recommandées en prévention primaire. Après l'âge de 80 ans, il n'y a pas de preuve de l'intérêt de faire diminuer une cholestérolémie ni de l'intérêt de commencer un traitement par statine.

5.09 Statines : prescription chez les patients dont le risque n'est pas identifié

Definition	Parmi vos patients attribués âgés de 40 à 49 ans, sans risque identifié (c'est à dire que nous n'avons pas identifiés comme diabétique ou avec une médication cardiovasculaire), l'indicateur donne le pourcentage de patients à qui vous prescrivez des statines.
Commentaires	La médiane du groupe de comparaison est de 4.3%. Une statine chez des personnes à faible risque cardiovasculaire en prévention primaire ne donne qu'un bénéfice très limité en chiffres absolus (en termes d'événements coronariens et cérébro-vasculaires sans bénéfice en termes de risque de décès de toute cause ou de décès cardiovasculaire). Les statines ne sont indiquées qu'en cas de risque cardiovasculaire élevé, c'est à dire en prévention secondaire, en cas de diabète de type 2, ou de risque SCORE \geq 10% à 10 ans. Une hypertension ou une insuffisance cardiaque ne justifie pas en soi la prescription d'une statine.

5.10 Statines : prescription chez les patients de 80 ans et plus

Definition	Parmi vos patients attribués âgés de 80 ans et plus, l'indicateur donne le pourcentage de patients à qui vous prescrivez des statines.
Commentaires	La médiane du groupe de comparaison est de 40.5%. Or, après l'âge de 80 ans, il n'y a pas de preuve de l'intérêt de faire diminuer une cholestérolémie ni de l'intérêt de commencer un traitement par statine.

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.09 Statines : prescription chez les patients dont le risque n'est pas identifié	3,0%	0,0%	2,3%	4,3%	7,0%	12,9%
5.10 Statines : prescription chez les patients de 80 ans et plus	33,3%	22,2%	33,3%	40,5%	48,0%	59,4%

5.3.4. Antiagrégants plaquettaires

En prévention secondaire, un traitement par antiagrégant est indiqué chez tous les patients avec morbidité cardiovasculaire établie, après un infarctus, un AVC ou un AIT.

5.11 Pourcentage de patients avec angor (dérivés nitrés) traités par un antiagrégant plaquettaire

Definition

Parmi vos patients recevant des vasodilatateurs pour maladies cardiaques (code ATC C01D) et qui ne sont pas sous anticoagulants, pourcentage de patients recevant des antiagrégants plaquettaires (tous prescripteurs confondus)

Commentaires

En prévention SECONDAIRE du processus thrombotique artériel, l'acide acétylsalicylique en monothérapie sera le meilleur choix pour la plupart des patients. Un traitement par acide acétylsalicylique permet d'éviter environ 10 récurrences d'AVC, 3 infarctus du myocarde et 6 décès par an pour 1000 patients traités après un AVC athéro-thrombotique. La dose actuellement recommandée en prévention secondaire est de 75-100 mg. La médiane du groupe de comparaison est de 69.2%. Nous espérons une augmentation du résultat de 10% (69.2% => 76.1%).

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.11 Pourcentage de patients avec angor (dérivés nitrés) traité par un antiagrégant plaquettaire	50,0%	40,0%	58,3%	69,2%	80,0%	93,3%

5.3.5.Hypertension

Si la pression artérielle moyenne est > 160/100 mmHg, le premier choix est un diurétique (chlortalidone). Les valeurs cibles sont de 150/90 mmHg. Un IEC (énalapril) est souvent nécessaire. Les sartans ne sont jamais prescrits en première intention.

5.12 Pourcentage de patients avec des sartans en cas de prescription de médicaments agissant sur le système rénine angiotensine

Definition

Parmi vos patients de 50 à 79 ans à qui vous prescrivez des agents agissant sur le système rénine-angiotensine (code ATC C09A, C09B, C09C ou C09D), pourcentage de patients à qui vous prescrivez des antagonistes de l'angiotensine II (code ATC C09C ou C09D).

Commentaires

La médiane du groupe de comparaison est de 40%. Nous espérons une diminution du résultat de 20% (40% => 32%). En cas d'hypertension, les sartans ne devraient pas être prescrits en première intention.

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.12 Pourcentage de patients avec des sartans en cas de prescription de médicaments agissant sur le système rénine angiotensine	36,9%	21,8%	32,1%	40,0%	48,5%	62,8%

5.3.6. Patients diabétiques

Chez le patient diabétique, il faut prévenir les complications rénales et cardiovasculaires. En cas de diabète de type 2, le premier choix est la metformine qui est antihyperglycémiant et protectrice sur le plan cardiovasculaire. Chez le patient diabétique hypertendu, le premier choix de traitement est un inhibiteur de l'enzyme de conversion (énalapril). L'utilisation de statines (simvastatine) est recommandée d'emblée chez les diabétiques de type 2 présentant au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire.

Dans le cadre de ce feed-back un patient est considéré comme diabétique si il a reçu au moins un DDD d'insuline (code ATC A10A) ou au moins 80 DDD d'antidiabétiques oraux (code ATC A10B).

5.14 Inhibiteur de l'angiotensine: prescription chez les diabétiques (patients >= 50 ans)

Definition	Parmi vos patients attribués de 50 ans et plus, identifiés comme diabétiques et présentant un risque cardio-vasculaire (c'est-à-dire ayant reçu au moins une prescription de code ATC C02, C03, C07, C08, C09, C10BX03 ou C10BX04), l'indicateur donne le pourcentage de patients recevant un inhibiteur de l'angiotensine (code ATC C09A ou C09B) (tous prescripteurs confondus).
Filtre	La valeur de cet indicateur ne s'affiche pas dans votre feedback si vous avez moins de 5 patients attribués qui sont diabétiques et âgés de 50 ans et plus.
Commentaires	<p>Chez le patient diabétique hypertendu le premier choix de traitement est un Inhibiteur de l'enzyme de conversion (énalapril).</p> <p>La médiane du groupe de comparaison est de 36.7% car le prescripteur privilégie les sartans contrairement aux recommandations. Nous espérons une augmentation du résultat de 10% (36.7% => 40.4%).</p>

5.17 Statines : prescription chez les diabétiques (patients masculins entre 50 et 79 ans ou féminins entre 55 et 79 ans)

Definition	Parmi vos patients attribués masculins de 50 à 79 ans ou féminins de 55 à 79 ans identifiés comme diabétiques et présentant un risque cardiovasculaire (recevant un médicament de classe ATC C hors C10), l'indicateur fournit le pourcentage de ces patients à qui vous prescrivez des statines (code ATC C10AA).
Filtre	La valeur de cet indicateur ne s'affiche pas dans votre feedback si vous avez moins de 5 patients attribués qui sont diabétiques avec risque cardiovasculaire et dans les tranches d'âge visées par l'indicateur.
Commentaires	<p>Les patients diabétiques sont considérés d'emblée à risque cardiovasculaire élevé. Il est recommandé de prescrire des statines chez tous les patients diabétiques avec un risque cardiovasculaire. Or les patients diabétiques de la cinquantaine et plus ont fréquemment des risques cardiovasculaires.</p> <p>La médiane du groupe de comparaison est de 63.2%. Nous espérons une augmentation du résultat de 10% (63.2% => 69.5%).</p>

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.14 Inhibiteur de l'angiotensine: prescription chez les diabétiques (patients \geq 50 ans)	38,3%	20,0%	30,1%	36,7%	44,1%	56,3%
5.17 Statines : prescription chez les diabétiques (patients masculins entre 50 et 79 ans ou féminins entre 55 et 79 ans)	61,9%	38,5%	53,6%	63,2%	72,2%	85,0%

5.3.7. Inhibiteur de la Pompe à Proton

Il faut s'abstenir de prescrire des IPP en cas de reflux gastroœsophagien (RGO) modéré sans anomalie endoscopique. Or, la plupart des patients (70%) présentant un RGO n'ont pas d'anomalie endoscopique.

En cas de RGO avec anomalie endoscopique, les IPP en durée courte sont recommandés : la prescription d'IPP doit en effet être limitée dans le temps. Une utilisation prolongée d'IPP peut être nuisible en particulier chez la personne âgée : elle augmente les risques de fracture ostéoporotique, d'infections à Clostridium difficile, de pneumonies et d'hypomagnésémie.

5.18 Pourcentage de patients avec une prescription d'IPP supérieure à 80 jours

Definition

Parmi vos patients attribués de moins de 65 ans, ou de 65 ans et plus mais sans prescription de longue durée (≥ 28 jours) d'anti-inflammatoires (code ATC M01A, M01B), l'indicateur fournit le pourcentage recevant une couverture d'IPP (code ATC A02BC) correspondant à plus de 80 jours par an (tous prescripteurs confondus), dont au moins une prescription de votre part alors que la couverture dépassait déjà 80 jours.

Commentaires

Idéalement, la proportion de patients sous IPP supérieure à 80 DDD devrait être très limitée.

La médiane du groupe de comparaison est de 8.8%.

5.19 Pourcentage de patients de 65 ans et plus sous anti-inflammatoires (AINS) de longue durée couverts par des IPP

Definition

Parmi vos patients attribués de 65 ans et plus avec prescription d'anti-inflammatoires (code ATC M01A, M01B) d'au moins 28 DDD, l'indicateur fournit le pourcentage de patients auquel vous avez prescrit au moins un conditionnement d'IPP ou de ranitidine (avec ou sans citrate de Bismuth) (code ATC A02BC, A02BA02 ou A02BA07)) pendant le temps de couverture par AINS et/ou les deux mois suivants, sans en avoir prescrit en dehors de cette période.

Filtre

L'indicateur ne s'affiche que si au moins 5 de vos patients de 65 ans et plus ont une prescription d'anti-inflammatoires d'au moins 28DDD.

Commentaires

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, si un AINS doit être utilisé (a fortiori en prise prolongée), il est indiqué d'y associer un traitement protecteur gastrique IPP (oméprazole 20 mg) pour la durée du traitement par AINS.

5.20 Part d'Ibuprofène dans la prescription d'anti-inflammatoires

Definition	Parmi les patients attribués à qui vous avez prescrit des antiinflammatoires (code ATC M01A, M01B) pour une longue durée (>= 28 jours), pourcentage à qui vous avez prescrit de l'Ibuprofène (code ATC M01AE01).
Commentaires	Les douleurs arthrosiques sont soulagées en première intention par du paracétamol et en seconde intention par des AINS classiques. Dans ce cas, il faut privilégier l'ibuprofène. Dans le groupe de comparaison, la médiane pour cet indicateur est de 16 %.

5.21 Patients de 65 ans et plus avec anti-inflammatoires de longue durée

Definition	Parmi tous les patients attribués de 65 ans et plus avec au moins une prescription d'anti-inflammatoires (code ATC M01A, M01B), pourcentage de patients ayant reçu une couverture d'au moins 28 jours (dont au moins une prescription de votre part alors que la couverture dépassait déjà 28 jours).
Commentaires	L'augmentation de la dose d'AINS n'accroît pas nécessairement l'effet analgésique mais bien le risque d'effets indésirables, en particulier chez les personnes âgées. Des effets indésirables surviennent surtout lors de la prise de doses importantes et de prise prolongée. Un usage chronique est donc déconseillé.

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.18 Pourcentage de patients avec qui une prescription d'IPP supérieure à 80 jours	8,3%	4,4%	6,8%	8,8%	11,3%	15,1%
5.19 Pourcentage de patients de 65 ans sous antiinflammatoires (AINS) de longue durée couverts par des IPP	20,0%	5,3%	11,8%	16,3%	21,4%	32,2%
5.20 Part d'Ibuprofène dans la prescription d'anti-inflammatoires	23,5%	5,0%	10,5%	16,0%	24,1%	38,3%
5.21 Patients de 65 ans et plus avec anti-inflammatoires de longue durée	39,1%	15,4%	25,7%	32,4%	38,9%	48,3%

5.3.8. Antidépresseurs et antipsychotiques

5.22 Pourcentage de patients avec prescription d'antidépresseurs

Definition	Parmi vos patients attribués de 15 ans et plus, quel est le pourcentage qui a reçu au moins une prescription d'antidépresseurs (code ATC N06A) (tous prescripteurs confondus).
Ventilation	Cet indicateur est ventilé par classe d'âge des patients
Commentaires	Il convient de prescrire un antidépresseur dans les formes sévères de dépression majeure mais pas dans les formes légères et modérées. Dans le groupe de comparaison, la médiane est de 28% pour les patients de plus de 85 ans.

5.23 Part de sertraline dans les antidépresseurs

Definition	Parmi vos patients attribués à qui vous avez prescrit des antidépresseurs (code ATC N06A) pour au moins 60 jours, l'indicateur fournit le pourcentage de patients à qui vous avez prescrit de la sertraline pour au moins 60 jours (code ATC N06AB06).
Filtre	> 65 ans
Commentaires	Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) et en particulier la sertraline sont sélectionnés comme premier choix pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées pour leurs moindres effets anticholinergiques. La médiane du groupe de comparaison est de 9,8%.

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.22 Pourcentage de patients avec prescription d'antidépresseurs						
15-29 ans	7,4%	1,3%	3,6%	5,7%	7,9%	12,5%
30-44 ans	16,1%	6,5%	10,6%	14,3%	18,3%	24,9%
45-64 ans	19,6%	10,2%	15,1%	19,5%	24,0%	30,6%
65-74 ans	18,0%	8,8%	14,1%	18,5%	23,8%	32,4%
75-84 ans	39,1%	10,5%	17,2%	22,3%	28,6%	38,6%
85 ans et plus	41,4%	10,0%	20,0%	28,0%	37,1%	50,0%
5.23 Part de sertraline dans les antidépresseurs	21,2%	0,0%	4,9%	9,8%	16,7%	31,2%

5.24 Taux de couverture longue durée par antidépresseurs (patients de 15 ans et plus)

Definition	Parmi vos patients attribués de 15 ans et plus chez qui une prescription d'antidépresseurs a été initiée entre le 01/09/2012 et le 31/08/2013 (quel que soit le prescripteur), pourcentage de patients couverts par des prescriptions d'antidépresseurs pour au moins 120 jours entre le 01/09/2012 et le 31/12/2013.
Commentaires	Les antidépresseurs n'agissent qu'après 2 à 3 semaines. Il faut prendre un antidépresseur pendant au moins 6 semaines pour pouvoir en évaluer l'efficacité. Dans le groupe de comparaison, la médiane pour cet indicateur est de 42,9 %.

5.25 Part d'anticholinergiques dans la prescription d'antidépresseurs chez les 75 ans et plus

Definition	Parmi vos patients attribués qui ont plus de 75 ans à qui vous prescrivez des antidépresseurs (code ATC N06A), l'indicateur donne le pourcentage de patients à qui vous prescrivez des antidépresseurs à effet anticholinergique (codes ATC N06AA01, N06AA02, N06AA03, N06AA04, N06AA06, N06AA09, N06AA10, N06AA11, N06AA12, N06AA16 ou N06AA17). Plus précisément, voici la liste des antidépresseurs avec un effet anticholinergique: Amitryptilline, Clomipramine, Dosulepine, Doxepin, Imipramine, Maprotyline, Nortryptilline et Paroxetine.
Filtre	L'indicateur n'apparaît dans votre feedback que si vous avez au moins 5 patients de 75 ans et plus à qui vous prescrivez des antidépresseurs.
Commentaires	Les effets anticholinergiques doivent être évités chez les personnes âgées de 75 ans et plus (sécheresse de bouche, constipation, rétention urinaire, troubles visuels, confusion jusqu'au délire). Dans le groupe de comparaison, la médiane pour cet indicateur est de 11.8%.

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.24 Taux de couverture longue durée par antidépresseurs (patients de 15 ans et plus)	38,9%	21,7%	34,8%	42,9%	52,0%	64,3%
5.25 Part d'anticholinergiques dans la prescription d'antidépresseurs chez les 75 ans et plus	12,1%	0,0%	5,9%	11,8%	19,6%	34,8%

5.26 Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec prescription d'antipsychotiques

Definition	Parmi vos patients attribués de 65 ans et plus, l'indicateur fournit le pourcentage qui a reçu au moins une prescription d'antipsychotique (code ATC N05A) (tous prescripteurs confondus).
Ventilation	Cet indicateur est ventilé par classe d'âge des patients : 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus.
Commentaires	<p>Dans le groupe de comparaison, la médiane est de 12,5% pour les patients de plus de 85 ans.</p> <p>En cas de delirium, il convient d'abord de traiter les pathologies somatiques sous-jacentes et d'arrêter les médicaments potentiellement responsables.</p> <p>Un traitement symptomatique (antipsychotique sur une courte durée) peut être indiqué temporairement, après échec des mesures non-médicamenteuses ou en cas de troubles du comportement fortement perturbants.</p>

5.27 Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec prescription d'antipsychotiques de longue durée

Definition	Parmi tous les patients attribués de 65 ans et plus avec au moins une prescription d'antipsychotiques (code ATC N05A), pourcentage de patients ayant reçu une couverture d'au moins 90 jours dont au moins une prescription de votre part alors que la couverture dépassait déjà 90 jours.
Filtre	Cet indicateur n'apparaît dans votre feedback que si vous avez au moins 5 patients attribués de 65 ans et plus avec au moins une prescription d'antipsychotiques.
Commentaires	<p>Dans le groupe de comparaison, la médiane est de 18.8%.</p> <p>L'usage des antipsychotiques chez les personnes âgées devra être aussi court que possible (hors psychose). Il convient donc d'essayer régulièrement d'arrêter (progressivement) le traitement.</p>

	Vous	P5	P25	P50	P75	P95
5.26 Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec prescription d'antipsychotiques						
65-74 ans	1,1%	0,0%	2,6%	4,5%	7,0%	12,2%
75-84 ans	8,7%	1,6%	4,4%	7,1%	10,6%	17,1%
85 ans et plus	19,0%	0,0%	7,5%	12,5%	18,8%	30,8%
5.27 Pourcentage de patients de 65 ans et plus avec prescription d'antipsychotiques de longue durée	20,0%	0,0%	11,1%	18,8%	27,1%	41,7%