

Recommandations actuelles

en matière de prescription des médicaments en première ligne

Juin 2015



Introduction

Afin de remettre en lumière les principes de prescription appropriée (avec un accent particulier pour la personne âgée et la polymédication), l'INAMI a rassemblé dans cette brochure des messages clés qui proviennent essentiellement des recommandations éditées par la BAPCO (pour les antibiotiques) et des choix proposés dans le formulaire MRS 2014 édité par Farmaka, complété par la littérature STOPP and START.

Cette brochure reprend uniquement les messages principaux dans 5 classes thérapeutiques parmi les plus importantes en matière d'utilisation non appropriée et de santé publique à savoir :

- les médicaments cardiovasculaires et en particulier la prévention secondaire
- les Inhibiteurs de la Pompe à Proton
- les AINS chez les personnes âgées
- les médicaments du système nerveux en particulier les antidépresseurs et les antipsychotiques chez les personnes âgées
- les antibiotiques.

Les messages sont réduits à l'essentiel, aucune source ou référence primaire n'étant indiquée. Au besoin, le lecteur retrouvera la bibliographie dans le formulaire MRS 2014 téléchargeable gratuitement sur le site de Farmaka.

Sur base de ces messages, le CNPQ a établi des indicateurs de qualité. Les indicateurs ne se limitent pas à la population des aînés. En effet, les conclusions de Farmaka sont le plus souvent tirées d'études dans des populations plus jeunes qui sont d'autant plus applicables aux populations fragiles résidant en MR et MRS.

Lorsqu'un traitement de médicament est proposé, la proposition (selon Farmaka) du médicament premier choix est reprise entre parenthèse.

Messages clés :

1. **Une évaluation systématique critique de la consommation médicamenteuse est souhaitable chez les personnes de « 65 ans et plus » sous polymédication (≥ 5 médicaments chroniques).**
2. **Les infections les plus courantes en médecine ambulatoire guérissent généralement spontanément. Les antibiotiques ne sont nécessaires que pour lutter contre des bactéries pathogènes ou dans des circonstances bien spécifiques.**
3. **L'amoxicilline seule (à dose suffisamment élevée) est l'antibiotique de choix en cas d'infections respiratoires (pour autant qu'une antibiothérapie s'impose). Elle est efficace dans plus de 99% des infections à pneumocoques.**
4. **Les quinolones (fluoroquinolones actuellement) sont des antibiotiques à large spectre. Elles ne sont jamais un traitement de première intention (sauf dans les prostatites ou orchio-épididymites ou dans les entérites justifiant un traitement antibiotique). Elles induisent des résistances, des colites à clostridium voire des épisodes de confusion chez les personnes âgées.**
5. **La vaccination annuelle contre la grippe est généralement recommandée chez les personnes âgées de 65 ans et plus.**
6. **Les statines ne sont pas indiquées chez les patients sans pathologie cardiovasculaire même avec une cholestérolémie élevée (les statines ne sont indiquées qu'en cas de risque CV élevé, c.-à-d. en prévention secondaire, en cas de diabète de type 2 ou de risque SCORE $\geq 10\%$ à 10 ans).**
7. **Après l'âge de 80 ans, il n'y a pas de preuve de l'intérêt des statines.**
8. **L'utilité de l'acide acétylsalicylique (75-100 mg) en prévention secondaire d'une coronaropathie (angor, stent, infarctus, ...) a été montrée.**
9. **En cas d'hypertension, les sartans ne sont jamais prescrits en première intention et l'association des sartans aux IEC n'est pas recommandée (surtout en cas de diabète). Chez les patients âgés, un diurétique est un premier choix, à compléter d'un IEC, pour ramener la tension artérielle à 150 mmHg.**
10. **Un patient de 75 ans ou plus en fibrillation auriculaire doit bénéficier (sauf exception) d'anticoagulant oral au long court (AVK en premier choix).**
11. **En cas de diabète de type 2 débutant, le premier choix est la metformine.**
12. **Chez le patient diabétique hypertendu le premier choix de traitement est un Inhibiteur de l'enzyme de conversion (énalapril).**
13. **L'utilisation de statines (simvastatine) est recommandée d'emblée chez les diabétiques de type 2 présentant au moins un autre facteur de risque classique.**
14. **A long terme, ni le paracétamol, ni les AINS ne sont très efficaces dans le traitement de fond l'arthrose**
15. **Les contreindications des AINS chez les personnes de 75 ans et plus sont nombreuses : hypertension, insuffisance rénale ou/et cardiaque.**
16. **Les AINS COX-2-sélectifs ne sont pas plus efficaces que les AINS non sélectifs (ibuprofène) (et leur sécurité n'est comparativement que partiellement meilleure, et ce uniquement pour le système digestif supérieur).**

17. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, si un AINS doit être utilisé (de préférence l'ibuprofène), il est indiqué d'y associer un traitement protecteur gastrique IPP (oméprazole 20 mg) pour la durée du traitement par AINS.
18. La prescription d'IPP doit être limitée dans le temps et la fin du traitement défini, en cas d'ulcère gastroduodénal ou d'œsophagite sans complications.
19. Il y a des preuves de l'efficacité des antidépresseurs dans les formes sévères de dépression majeure mais pas dans les formes légères et modérées.
20. Les ISRS sont souvent sélectionnés comme premier choix (sertraline) pour le traitement de la dépression chez les personnes souffrant d'affections chroniques et pour leurs moindres effets anticholinergiques (confusion, constipation, rétention vésicale, ...).
21. Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés chez les personnes âgées car ils provoquent plus fréquemment des effets indésirables anticholinergiques.
22. Il faut prendre un antidépresseur pendant au moins 6 semaines pour pouvoir en évaluer l'efficacité.
23. En cas de délirium, il convient de traiter en premier lieu les pathologies somatiques sous-jacentes (infection du globe vésical, fécalome,...) et d'arrêter les médicaments potentiellement responsables (anticholinergiques, quinolone, ranitidine,...). Un traitement médicamenteux symptomatique transitoire par neuroleptique peut être indiqué après échec des mesures non-médicamenteuses ou en cas de troubles du comportement fortement perturbants.
24. Il y a peu de preuves d'efficacité à long terme (plus de trois mois) des antipsychotiques (hors traitement d'une psychose). Ces médicaments doublent l'incidence des décès et des AVC. Il convient donc d'essayer régulièrement d'arrêter (progressivement) un tel traitement.

	OUI	NON
Revue critique des médicaments	Essentielle	
Infection courante	(amoxicilline, si nécessaire)	Antibiotique (sauf si)
Grippe	Vaccin annuel (65+)	
Prévention CV primaire		AAS & statine (sauf si)
Prévention CV secondaire	AAS & Statine	
Diabète de type 2	Metformine AAS et statine, si autre Facteur de risque IEC si hypertension	HbA1c < 7.5% après 75 ans
Hypertension artérielle	Diurétique ± IEC	Sartan en 1 ^{er} choix
Fibrillation auriculaire	AVK (sauf si)	NOAC si FGlom. < 30 ml/min
Ulcère gastrique / œsophagite	IPP pour durée déterminée	IPP au long cours
Arthrose	Paracétamol	AINS (sauf si)
Dépression sévère	SSRI	Tricyclique
Delirium	Recherche de la cause	Antipsychotique (sauf si)

I. Rappel de principes de prescription appropriée, en particulier chez la personne âgée (75+)

Toute prescription médicamenteuse peut s'avérer **non rationnelle** pour des raisons diverses comme par exemple une mauvaise indication, une prolongation inutile, un choix de forme d'administration inadéquat, une polymédication exagérée (cascade) ou qui ne tient pas compte des interactions médicamenteuses, de l'observance du patient. Elle peut aussi être inefficace, voire insuffisante. Le tableau suivant illustre ces différents problèmes :

Problèmes potentiels	Questions à se poser et commentaires	Chez la personne âgée en particulier	Exemple
Mauvaise Indication	Présence d'une indication valable pour chaque médicament pris par le patient? Des résultats semblables pourraient-ils être obtenus à l'aide de mesures non pharmacologiques?	Les problèmes les plus fréquents chez la personne âgée (vivant en MRS ou non) concernent les benzodiazépines et les neuroleptiques. En début de traitement, une concertation avec le patient est utile quant à la nécessité et à la durée (< 1 mois) de celui-ci.	Traitement antidépresseur hors dépression majeure ; troubles du sommeil
Prolongation de traitement inutile	Nécessité de poursuivre le traitement de manière continue et/ou chronique? La prise de certains médicaments peut-elle être suspendue à terme ?	Si le recours à certains médicaments peut être évité, les risques associés à la polymédication sont diminués. L'arrêt du médicament doit être concerté avec la personne concernée et les soignants.	Prise prolongée à tort d'antipsychotiques, de benzodiazépines, ou d'IPP
Sous-médication	Y'a-t-il des problèmes médicaux qui ne soient pas traités de manière optimale, en prenant en compte l'état de santé général et les souhaits du patient?	Dans des études, l'incidence de la sous-médication semble élevée chez les patients âgés. Fibrillation auriculaire avec risque thromboembolique accru et absence d'anti coagulation; infarctus du myocarde et absence d'acide acétylsalicylique ou de β -bloquant. Ostéoporose sans calcium-vitamine D	Insuffisance cardiaque et absence d'IEC
Choix de la forme	La voie d'administration et la forme sont-elles appropriées?		gonarthrose: préférer AINS en gel

Problèmes potentiels	Questions à se poser et commentaires	Chez la personne âgée en particulier	Exemple
Posologie inadéquate	La posologie est-elle appropriée pour le patient? Y compris en fonction de sa fonction rénale et d'éventuels effets secondaires ?	Les notices proposent rarement des ajustements posologiques en gériatrie. A éviter si FGlom < 30 ml/min : digoxine, metformine, NACOs (nouveaux anticoagulants oraux), bisphosphonates, colchicine, ...	réduction de doses en cas de troubles rénaux ou hépatiques
Poly médication (>=5 médicaments : Effets indésirables	Les signes et symptômes ou les problèmes médicaux présentés par le patient sont-ils associés à la médication, à l'âge ou à une affection traitée ou non? Le risque d'effets indésirables est lié au nombre de médicaments pris par le patient.	Les effets indésirables se manifestent souvent de façon différente chez les personnes âgées par rapport aux plus jeunes, et il n'est pas toujours aisé de les identifier comme étant des effets indésirables du médicament. Aussi, leurs conséquences risquent-elles d'être plus néfastes et la récupération plus difficile que chez les plus jeunes.	Cascade médicamenteuse (voir ci après)
Polymédication : Interactions médicamenteuses	Y'a-t-il une interaction cliniquement significative entre un médicament et un autre médicament, une pathologie, un aliment ou un test diagnostique?		Cfr Anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire associé avec AINS
Poly médication : Observance	Le patient adhère-t-il au traitement médicamenteux?	L'absence d'observance peut être liée aux effets indésirables, incompréhension de la thérapie, coût.	
Efficienc e : Choix du médicament	Existe-t-il une alternative plus appropriée ou de même rapport bénéfice-risque et moins coûteuse?		Préférer un médicament bon marché

II. Eviter une polymédication inutile et potentiellement dangereuse chez la personne âgée

1. La cascade médicamenteuse

Lors de la prescription de médicaments aux personnes âgées, la «cascade médicamenteuse» est un problème fréquent.

Quels sont les effets indésirables de certains médicaments pouvant générer une prescription en cascade ?

Symptôme	Etiologies médicamenteuses	Cascade
Constipation	Morphiniques, anticholinergiques, fer, calcium, antiacides (aluminium), antagonistes calciques (surtout vérapamil)	R/ laxatif
Ulcère et/ ou hémorragie digestive	AINS, AAS, biphosphonates	R/IPP
Incontinence urinaire	Diurétiques, sédatifs, inhibiteurs de la cholinestérase	R/anticholinergique
Déclin cognitif	Anticholinergiques, sédatifs	
Confusion, délirium	Anticholinergiques, antihistaminiques, antiparkinsoniens, antipsychotiques, antidépresseur tricyclique, benzodiazépines, théophylline, digoxine, corticostéroïdes, morphiniques	R/anti-psychotique R/benzodiazépine
Chute	Sédatifs, médicaments causant une hypotension orthostatique (antihypertenseurs, diurétiques, dérivés nitrés, morphiniques, antiparkinsoniens)	Fracture osseuse et hospitalisation
Bouche sèche	Anticholinergique, benzodiazépines, morphiniques	
Symptômes extrapyramidaux	Neuroleptique	R/L-Dopa

La «cascade médicamenteuse» débute lorsqu'un effet indésirable est interprété comme étant un nouveau problème médical et qu'un nouveau médicament est introduit pour traiter l'effet indésirable d'un précédent. Si les signes et symptômes sont les conséquences de l'ajout d'un médicament, il faudra envisager une alternative (par exemple, l'arrêt du médicament en cause ou un changement de posologie). Cette option est à préférer à l'initiation d'un autre médicament.

Afin d'éviter cette polymédication, il faut toujours, chez une personne âgée, évaluer si les signes et symptômes présentés par le patient sont les conséquences de l'ajout d'un médicament ou d'une modification de dose. Et il convient de considérer que c'est le cas, jusqu'à preuve du contraire.

2. Une évaluation systématique critique de la consommation médicamenteuse est souhaitable chez les personnes âgées avec au moins 5 médicaments pris chroniquement

Chez les personnes âgées, l'augmentation de la morbi-mortalité est bien souvent associée à une polymédication.

C'est pourquoi il convient d'évaluer systématiquement la consommation médicamenteuse.

a. A quelle occasion faire cette évaluation systématique ?

Cette évaluation devrait être annuelle au minimum et être systématique lors de moments clés comme au retour d'une hospitalisation par exemple. Tout patient d'au moins 65 ans est concerné dès qu'il prend au moins 5 médicaments de manière chronique (80 DDD au moins) et qu'il présente un des facteurs de risque suivant :

- diminution de la fonction rénale (<60ml/min)
- diminution des fonctions cognitives
- augmentation des risques de chute
- indice de moins bonne observance
- perte d'indépendance

b. Les médicaments à évaluer en priorité sont :

- les psychotropes et les anticholinergiques qu'il convient d'éviter autant que possible
 - en cas de symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) il convient d'évaluer les risques de prescrire des neuroleptiques, de privilégier la dose la plus faible et d'éviter des prescriptions prolongées (> 3 semaines)
 - il faut éviter un usage chronique des benzodiazépines
 - les antidépresseurs (SSRI) devraient être réservés aux cas de dépression majeure sévère.
- les IPP prescrits pour une pathologie ulcéreuse doivent être interrompus après la période recommandée en fonction du type d'ulcère. Toute prise à long terme doit être évitée
- les statines sont efficaces en prévention secondaire chez les patients âgés de 60-80 ans. Au-delà, après l'âge de 80 ans, il n'y a pas de preuve l'intérêt des statines
- les antihypertenseurs sont utiles mais il convient de cibler des valeurs égales à 150/90 mm Hg plutôt que des valeurs inférieures
- l'acide acétylsalicylique n'est pas recommandé en prévention primaire. En prévention secondaire, son dosage est limité à 75-100mg/j. Chez les patients âgés sous anticoagulation au long cours, avec cardiopathie ischémique stable, l'interruption de l'aspirine doit être envisagée.

c. Par contre, il faut toujours penser à l'opportunité de prescrire un traitement préventif tel que :

- un IEC en cas d'insuffisance cardiaque systolique (à fraction d'éjection altérée)
- de l'acide acétylsalicylique et une statine si le risque cardiovasculaire est élevé
- un anticoagulant (AVK 1^{er} choix) en cas de fibrillation auriculaire en fonction du score CHA2DS2-VASc (voir plus loin).

3. A quoi faut-il faire attention en cas d'arrêt d'un traitement ?

Le sevrage de certains médicaments peut comporter un risque d'exacerbation des symptômes/signes de certaines maladies.

La « déprescription » est un acte médical complexe (Farmaka, formul R/ info septembre 2014). Lorsque l'on arrête un traitement il faut évaluer l'observance réelle par le patient de son traitement théorique.

Il convient de préférence

- de stopper un seul médicament à la fois, selon la priorité des problèmes
- de procéder au retrait graduel et progressif du médicament (sauf en cas d'effets indésirables dangereux)
- de surveiller l'apparition de symptômes de sevrage ainsi que la réapparition du problème qui était traité par le médicament.

C'est pourquoi lors d'un sevrage des médicaments suivants, il convient d'être attentif à une aggravation soudaine des symptômes/signes d'une maladie :

Cardiovasculaire	Antiangoreux (β bloquant en particulier) Antihypertenseurs (clonidine et méthildopa en particulier) IEC et diurétique si insuffisance cardiaque
Hormonal	Glucocorticoïdes à forte dose et après usage chronique (Addison)
Urogénital	Anticholinergiques
Nerveux	Antiépileptiques (Gabapentine en particulier) Antidépresseurs Antiparkinsoniens Antipsychotiques Benzodiazépines Inhibiteurs des cholinestéras

Choix des indicateurs en relation avec les principes généraux :

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

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

III. Prescription des antibiotiques : « *en première intention, privilégier l'amoxicilline et éviter les quinolones* », si un antibiotique est justifié.

1. Principes généraux de traitement par antibiotique

a. Résistance

Tout traitement antibiotique favorise l'émergence de souches microbiennes résistantes, qu'elles soient commensales ou pathogènes. Cette résistance microbienne peut être transmise d'une bactérie à l'autre, voire même d'un individu à l'autre. L'émergence de résistance à un niveau individuel après antibiothérapie en soins primaires pour infection respiratoire ou urinaire est prouvée. Le traitement de bactéries (multi)résistantes devient plus difficile et nécessite le recours à une antibiothérapie complexe et/ou produisant plus d'effets indésirables.

b. Indication correcte

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 ou dans des tranches d'âge plus vulnérables telles que les nourrissons et les personnes âgées ou lors de complications des infections bactériennes). La prescription d'antibiotique dans des infections respiratoires qui n'en nécessite pas, par exemple dans 2/3 des bronchites aiguës, reste fréquente chez des personnes âgées institutionnalisées.

c. Utilisation correcte des antibiotiques

Les règles générales à respecter lors de l'utilisation d'un antibiotique sont le dosage correct (suffisamment élevé), la durée adéquate (plus brève possible) et le respect de l'intervalle des doses. Il convient d'éviter les antibiothérapies répétées chez un même individu (particulièrement avec des classes différentes d'antibiotiques) et de limiter le nombre d'antibiothérapies (particulièrement avec des classes différentes) au sein d'une même communauté ou d'une population importante.

d. Choix de l'antibiotique

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.

- Par exemple, dans le cadre d'une politique de prescription antibiotique raisonnée, **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**

En cas d'indication d'antibiothérapie pour une infection respiratoire, il faut viser en premier lieu le pneumocoque. En effet, le pneumocoque représente l'agent bactérien responsable du plus grand nombre d'infections respiratoires bactériennes extra-hospitalières. La majorité de

ces infections évolue généralement favorablement. Toutefois, rarement, le pneumocoque peut provoquer une septicémie, une méningite. C'est pourquoi il faut traiter les pneumonies avec un antibiotique.

La majorité des pneumocoques isolés en Belgique sont toujours très sensibles à la pénicilline (le nombre de souches à résistance complète a toutefois augmenté de 0,6% en 2002 à 1,9% en 2011). La résistance du pneumocoque à la pénicilline est due à la modification de la cible de l'antibiotique, à savoir les Penicillin-Binding Proteins (PBP), et non à la production de bêta-lactamase. **Il est donc inutile d'ajouter de l'acide clavulanique pour surmonter cette possible résistance du pneumocoque.** En cas de résistance intermédiaire à la pénicilline, il convient d'augmenter la dose de l'antibiotique bêta-lactame.

- **Pour éviter l'apparition de résistances, il est capital de réserver l'utilisation d'antibiotiques à large spectre aux cas le nécessitant vraiment. Les quinolones (fluoroquinolones actuellement) par exemple ne doivent pas être prescrites en première intention dans les infections urinaires. Il faut les réserver aux prostatites ou orchio-épididymites, ou dans les entérites justifiant un traitement antibiotique.**

De plus, chez les personnes âgées (75 ans et plus), les quinolones peuvent provoquer des effets indésirables neuropsychiatriques surtout en présence d'une insuffisance rénale (fréquente à cet âge): psychose, délirium, hallucinations, convulsions. Elles peuvent également provoquer des tendinites et même des ruptures tendineuses, particulièrement chez les personnes âgées. De plus, elles sont associées à un risque cardiaque plus important que d'autres classes d'antibiotiques (allongement QT). Les quinolones présentent un risque accru de troubles hépatiques aigus (par rapport à la clarithromycine dans des données canadiennes), particulièrement la moxifloxacine et la lévofloxacine. Enfin, plusieurs observations ont montré que les quinolones favorisent la colonisation par MRSA.

Le tableau suivant reprend les antibiotiques de premier choix selon les indications :

Situation clinique	Première intention	Cas particuliers
Infections des voies respiratoires et de la sphère ORL		
Mal de gorge aigu (amygdalopharyngite)	Antibiotiques (AB) en général non indiqués	<i>phénoxyméthylpénicilline</i> chez les patients à risque, les patients fort affectés ou en cas d'épidémie à streptocoque dans une communauté fermée
Rhinosinusite aiguë	AB non indiqués	<i>amoxicilline</i> si sévère
Otite moyenne aiguë	AB non indiqués	<i>amoxicilline</i> si sévère
Otite moyenne chronique suppurative	Pas de médicament sélectionné	
Bronchite aiguë	AB non indiqués	

Situation clinique	Première intention	Cas particuliers
Pneumonie		Traitement initial : <ul style="list-style-type: none"> si pas d'antibiotiques ou d'hospitalisation dans les 3 derniers mois + score Katz < 16,5: <i>amoxicilline</i> score Katz > 16,5: <i>amoxicilline-clavulanate</i> En cas d'échec des β -lactames après 3 jours : réévaluation de l'état clinique et passage éventuel à la <i>moxifloxacine</i> . En cas de β -lactames au courant des 3 derniers mois: instauration directe de <i>moxifloxacine</i>
Exacerbation aiguë de BPCO	AB non indiqués	<i>amoxicilline</i> si sévère. Si pas d'amélioration dans les 48h: <i>amoxicilline-clavulanate</i>
Influenza	Pas de médicament sélectionné	
Abcès dentaire	Privilégier l'intervention chirurgicale	antibiothérapie si nécessaire: <i>amoxicilline</i>
Candidose orale	<i>miconazole</i> ou <i>nystatine</i>	
Infections gastro-intestinales		
Gastroentérite aiguë	AB non indiqués	En cas de syndrome dysentérique: <i>ciprofloxacine</i> suivi d'un traitement étiologique selon l'antibiogramme
Diverticulite	<i>amoxicilline-clavulanate</i> ou <i>ciprofloxacine</i> + <i>métronidazole</i>	
Abcès péri-anal	Privilégier l'intervention chirurgicale	antibiothérapie si nécessaire: <i>amoxicilline-clavulanate</i> ou <i>métronidazole</i> + <i>ciprofloxacine</i>
Infections uro-génitales		
Cystite aiguë	<i>nitrofurantoïne</i> ou <i>triméthoprim</i>	
Pyélonéphrite aiguë	<i>ciprofloxacine</i>	
Prostatite et orchio-épididymite aiguë	<i>ofloxacine</i>	
Vaginose bactérienne	<i>métronidazole</i> ovule	
Vulvo-vaginite à Candida	<i>miconazole</i> ovule	
Vaccination		
Vaccin contre l'influenza	vaccination contre l'influenza systématique chez les 65+	
Vaccin antipneumococcique	pas de vaccination systématique	

Choix des indicateurs en relation avec la prescription contre les infections :**5.04 Pourcentage de patients avec prescription antibiotique dans l'année**

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%).

5.05 Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline, non combinée avec acide clavulanique (moins de 15 ans)**5.06 Pourcentage de prescriptions d'amoxicilline, non combinée avec acide clavulanique (15 ans et plus)**

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%).

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

La médiane du groupe de comparaison est de 53.6%. Nous espérons une diminution du résultat de 20% (53.6% => 42.9%).

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

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

IV. En absence d'antécédent cardiovasculaire ou de risque cardiovasculaire élevé, les traitements préventifs cardiovasculaires ne sont généralement pas recommandés.

1. Chez les patients sans pathologie cardiovasculaire, les statines sont difficiles à justifier

Une statine chez des personnes à faible risque cardiovasculaire ne donne qu'un bénéfice très limité en chiffres absolus (bénéfice très limité en termes d'événements coronariens et cérébrovasculaires et 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 CV 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 ou d'un antiagrégant.

Situation clinique	Traitement de première intention	Commentaires
Risque cardio vasculaire bas à modéré	Traitement de référence non médicamenteux <ul style="list-style-type: none"> • Alimentation saine • Exercice physique régulier • Absence de tabagisme 	Pas de statine en prévention primaire sans risque cardiovasculaire (fort) accru
Insuffisance cardiaque systolique (fraction d'éjection < 40%)	Le traitement de référence : IEC (énalapril) auquel un β -bloquant (carvédilol) est ajouté après stabilisation par l'IEC. Un diurétique peut être ajouté à tout moment pour traiter les oedèmes. Dans de rares cas si l'IEC n'est pas toléré on peut envisager un sartan.	Pas de statine, antiagrégants ou anticoagulants dans l'insuffisance cardiaque. Pas de sartans ou digoxine en première intention L'association des sartans aux IEC n'est pas recommandée
Hypertension artérielle	Le premier choix : diurétique (chlortalidone) si la pression artérielle moyenne est > 160/100 mmHg. Les valeurs cibles sont de 150/90 mmHg. Souvent nécessaire IEC (énalapril)	Pas d'antiagrégant comme l'acide acétylsalicylique en prévention primaire Pas de sartans en première intention

2. Les patients avec un antécédent d'infarctus, AVC ou AIT nécessitent une prévention secondaire sous forme de statine et d'antiagrégant

a. Les statines sont recommandées chez tous les patients qui présentent un antécédent d'infarctus, AVC ou AIT d'origine athéroscléreuse (pas cardio-embolique sur fibrillation auriculaire)

En effet, les statines ont leur place en prévention SECONDAIRE de l'athéro-thrombose, du moins chez les personnes de moins de 80 ans avec une bonne espérance de vie. La *simvastatine*, la statine la mieux étudiée et la moins chère, a montré son efficacité chez des adultes moins âgés. La dose recommandée est de 40 mg/jour. Les doses élevées (80 mg par jour) sont déconseillées en raison du risque accru de myopathie: les effets indésirables les plus importants des statines sont les plaintes musculaires (myalgie, myopathie), les troubles de la fonction hépatique, les neuropathies et la cataracte. Le risque de lésion musculaire est lié à la dose de la statine et augmente avec l'âge (à partir de 70 ans).

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.

b. Indication des 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.

En prévention SECONDAIRE du processus thrombotique artériel, pour la plupart des patients, l'acide acétylsalicylique en monothérapie sera le meilleur choix. 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.

Le Dipyridamole en monothérapie est moins efficace que l'acide acétylsalicylique. Il n'est pas clairement établi que le Clopidogrel soit plus efficace que l'acide acétylsalicylique dans cette indication.

Les antagonistes de la vitamine K (AVK) ne sont pas plus bénéfiques que l'acide acétylsalicylique (chez les patients ne présentant pas de FA) mais ils présentent un risque plus important d'effets indésirables graves. Il y n'a pas encore d'études disponibles ayant évalué l'efficacité et la sécurité d'emploi des nouveaux anticoagulants oraux (NACO) (apixaban, dabigatran, rivaroxaban) chez les patients ayant des antécédents d'AVC ou d'AIT sans FA. Ainsi, aucun de ces médicaments (ni les AVK, ni les NACO) n'a de place dans la prévention secondaire de l'AVC par athéro-thrombose et dans la réduction du risque d'IM, d'événements cardiovasculaires et de la mortalité cardiovasculaire dans ce groupe-cible.

Situation clinique : Accident ischémique	Traitement
Si syndrome coronarien aigu (angor instable, stent, infarctus) ou un pontage coronarien	<u>statine</u> (simvastatine) Antiagrégant (AAS 75-100mg)
Si antécédent d'AVC, AIT par athérothrombose	<u>statine</u> (simvastatine) Antiagrégant (AAS 75-100mg)

3. Les patients traités pour angor ont besoin d'un antiagrégant plaquettaire et les patients traités pour une fibrillation auriculaire ont besoin d'un anticoagulant

Situation clinique	Traitement préventif	Commentaires
Angor (sans antécédent d'infarctus)	Antiagrégant (AAS 75-100mg)	Une dose de 75 à 150 mg diminue la mortalité et la morbidité mais augmente le risque d'hémorragies. La place des statines reste peu claire
Fibrillation auriculaire	Contrôle de la fréquence ventriculaire : β -bloquant pour ramener la fréquence ventriculaire <100 Anti-coagulation pour prévention de la cardio-embolie (AVC,...)	L'anticoagulation (AVK) doit être systématiquement envisagée chez le patient âgés (> 75 ans) à moins d'un risque hémorragique trop important. (Si risque hémorragique important, AAS 75-100mg) Chez les moins de 75 ans, l'opportunité d'anticoagulation dépend du score CHA2DS2-VASC

N.B. Score CHA2DS2-VASC : il s'agit d'un score utilisé pour un patient en fibrillation auriculaire afin d'évaluer le risque d'AVC ou d'embolie systémique chez les patients âgés de moins de 75 ans :

Ce score de risque attribue 2 points aux personnes ayant des antécédents d'AIT ou d'AVC, un point en présence d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque, de diabète ou d'une pathologie vasculaire; un point supplémentaire est également attribué aux femmes; 1 point supplémentaire aussi pour un âge compris entre 65 et 74 ans.

Le score CHA2DS2-VASC		
Facteurs de risque	Critère	Points
Insuffisance cardiaque	Présence	1
Hypertension	Présence	1
Age	65-74	1
Diabète	Présence à l'anamnèse	1
Accident vasculaire	Antécédent d'AVC, AIT, embolie périphérique	2
Pathologie vasculaire	Présence	1
Sexe	Femme	1

Score	Risque	Thérapie
0	Faible	Abstention thérapeutique
1	Modéré	Envisager AVK en premier choix, plutôt que l'AAS
>=2	Modéré ou élevé	AVK en premier (but INR 2.0-3.0)

Le bénéfice attendu justifie

- Chez les personnes à haut risque d'AVC (score CHA2DS2-VASc \geq 2), la prescription d'un antagoniste de la vitamine K quel que soit leur âge ; un patient de 75 ans ou plus traité pour une fibrillation auriculaire sans autre pathologie ou risque important doit bénéficier d'anticoagulant (AVK)
- Chez les patients dans la catégorie de risque intermédiaire d'AVC (score CHA2DS2-VASc = 1) la vitamine K est à envisager (en première intention)
- Chez les personnes à faible risque d'AVC (score CHA2DS2-VASc = 0), le bénéfice limité en termes de réduction du risque d'AVC obtenu avec un anticoagulant ne contrebalance pas le risque accru d'hémorragies. Ces personnes ne doivent pas prendre de traitement anti thrombotique.

Choix des indicateurs en relation avec les maladies cardiovasculaires :

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

La médiane du groupe de comparaison est de 4.3%.

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

La médiane du groupe de comparaison est de 40.5%.

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

La médiane du groupe de comparaison est de 69.2%. Nous espérons une augmentation du résultat de 10% (69.2% => 76.1%).

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

La médiane du groupe de comparaison est de 40%. Nous espérons une diminution du résultat de 20% (40% => 32%).

4. 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.

Situation clinique Diabète de type 2	Traitement	Commentaires
Contrôle glycémique	antidiabétiques oraux : premier choix : metformine	La cible HbA1c sera d'autant plus souple (haute) que le patient est âgé et fragile.
Hypertension et néphroprotection	IEC (énalapril) comme premier choix chez le patient hypertendu diabétique	Les IEC sont d'autant plus recommandés en cas de néphropathie (débutante).
Patient avec facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire: plus de 50 ans, tabagisme, hypertension, évènement ischémique personnel ou familial.	- statine (simvastatine) - un antiagrégant plaquettaire est recommandé uniquement en cas de risque cardiovasculaire élevé	Les patients diabétiques sont considérés d'emblée à risque cardiovasculaire élevé et les mesures de prévention générales doivent s'appliquer : - il n'est pas recommandé de prescrire systématiquement des antiagrégants (<i>acide acétylsalicylique</i>) aux patients diabétiques de type 2 sans antécédent cardio-vasculaire. Ces patients se situent à mi-chemin entre la prévention primaire et secondaire et la décision clinique doit se baser sur une évaluation individuelle pour chaque patient.

Choix des indicateurs en relation avec le suivi du diabète :

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

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%).

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

La médiane du groupe de comparaison est de 63.2%. Nous espérons une augmentation du résultat de 10% (63.2% => 69.5%).

5. Le traitement symptomatique de l'arthrose en évitant les AINS

Les douleurs arthrosiques sont soulagées en première intention par du paracétamol et en seconde intention par des AINS classiques (ibuprofène). Le gel topique sera préféré lorsque c'est possible comme dans la gonarthrose ou l'arthrose des mains. **Les AINS COX2-sélectifs ne sont pas plus efficaces ni plus sûrs** (sauf, partiellement, au niveau digestif supérieur).

A long terme, ni le paracétamol, ni les AINS ne sont très efficaces. Un usage chronique est donc déconseillé en particulier chez les personnes âgées compte tenu des effets indésirables.

En ce qui concerne les AINS, il est important de noter que 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. Il n'existe pas de dose pour laquelle ce risque d'effets indésirables est inexistant. En pratique, la dose la plus faible possible sera utilisée.

Situation clinique	Traitement	Précaution
Arthrose	<ul style="list-style-type: none"> - Première intention : paracétamol - En cas d'échec du paracétamol, le recours à un AINS topique plutôt qu'oral pour son efficacité à court terme (genou, mains,...). - Si AINS malgré tout à court terme, privilégier l'ibuprofène 	<ul style="list-style-type: none"> - A long terme, ni le paracétamol, ni les AINS ne sont très efficaces dans le traitement de l'arthrose. - Les AINS présentent de très nombreuses contraindications chez les personnes âgées : <ul style="list-style-type: none"> o IRénale modérée (FG<50) ; o ICardiaque sévère ; o HTA sévère ; o R/Anticoagulation ou R/antiagrégant (vu risque d'hémorragie digestive) ; o R/corticoïde oral sans IPP ; o antécédant ulcus GD sans IPP ; o Arthrose >3 mois ; o PRhum. en monothérapie; o long cours pour goutte - N.B. Les AINS COX-2-sélectifs ne sont ni plus efficaces ni plus sûrs que les AINS classiques.

Choix des indicateurs soulager l'arthrose :

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

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

6. La prescription des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) doit être limitée dans le temps

a. Il faut s'abstenir de prescrire des IPP en cas de RGO modéré sans anomalie endoscopique

La dyspepsie peut être définie comme une douleur ou une gêne constante ou récidivante depuis au moins 1 mois, localisée à l'abdomen supérieur ou dans le thorax. En cas de reflux gastroœsophagien (RGO), comme pour les autres formes de dyspepsie, une oesophagogastroduodénoscopie est recommandée chez toute personne de plus de 50 ans et particulièrement en cas d'apparition récente.

La plupart des patients (70%) présentant un RGO n'ont pas d'anomalie endoscopique.

b. En cas de RGO avec anomalie endoscopique, les IPP en durée courte sont recommandés

Plusieurs études ont montré que les IPP sont plus efficaces que les antihistaminiques H2 en cas de formes modérées ou sévères du RGO. Une fois les symptômes amendés, la posologie peut être diminuée parfois jusqu'à l'arrêt. En cas de lésion endoscopique, un pourcentage de guérison plus élevé et plus rapide est prouvé avec les IPP versus placebo ou antihistaminiques H2 ou tout autre traitement. Pour le traitement d'entretien, dans les formes les moins sévères, la dose efficace la plus basse possible et la durée la plus courte possible doivent être visées.

c. Les IPP en utilisation prolongée peut être nuisible

La prescription d'IPP doit être limitée dans le temps. La prudence dans l'utilisation d'IPP est de rigueur, particulièrement en ce concerne la durée et la dose du traitement. Une utilisation prolongée d'IPP peut être nuisible, elle augmente les risques de fracture ostéoporotique, d'infections à *Clostridium difficile*, de pneumonies et d'hypomagnésémie.

Les IPP font partie des médicaments que l'on arrête le plus souvent après une évaluation critique de la médication. Mais l'arrêt d'un traitement par IPP peut générer un rebond de reflux acide. Ce phénomène peut encourager l'utilisation continue alors que l'indication initiale n'est plus présente. Ce rebond de reflux disparaît souvent spontanément en quelques jours.

d. Prescription des IPP chez les personnes âgées

Doit-on prescrire des IPP pour prévenir les ulcères secondaires à un traitement par AINS ? Chez des personnes sans risque élevé d'effets indésirables digestifs graves, l'efficacité des antiulcéreux est trop limitée pour justifier leur utilisation. Par contre, un âge supérieur à 65 ans est considéré comme un facteur de risque. En effet, chez les personnes âgées, des ulcères peptiques peuvent survenir même avec de faibles doses d'acide acétylsalicylique.

Si cet AINS doit malgré tout être utilisé, il est recommandé d'y associer un traitement protecteur gastrique avec un IPP (oméprazole 20 mg) pour la durée du traitement par AINS. **Nous retiendrons que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, si un AINS doit être utilisé (de préférence l'ibuprofène), il est recommandé d'y associer un traitement protecteur gastrique IPP (oméprazole 20 mg) pour la durée du traitement par AINS.**

Une prise "à la demande", avec adaptation de la prise en fonction des symptômes, est possible chez les personnes âgées. Cette attitude est également admise en cas de RGO sans anomalie endoscopique, la démarche étant purement symptomatique.

Choix des indicateurs en relation avec la prescription d'IPP :

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

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

Situation clinique	Traitement	Commentaires
Pyrosis	IPP (oméprazole) si nécessaire (N.B. il s'agit d'une indication non remboursée)	C'est un traitement de confort. Il convient de le diminuer progressivement, de l'interrompre ou de l'arrêter lorsque les symptômes sont contrôlés.
Reflux gastro-oesophagien (RGO) avec anomalie endoscopique	IPP (oméprazole)	Une fois les symptômes amendés, la posologie peut être diminuée jusqu'à l'arrêt
ulcère duodénal gastrique:	<ul style="list-style-type: none"> - privilégier l'<i>oméprazole en début de traitement.</i> - 4 semaines avec 20 mg d'oméprazole - 6 semaines avec 20 mg d'oméprazole 	Lorsque le H. pylori est positif, il convient d'ajouter de l' <i>amoxicilline + clarithromycine, et en cas d'allergie à l'amoxicilline, la remplacer par du métronidazol.</i>
Prévention secondaire chez les patients sous AINS	Un IPP (oméprazole 20 mg) peut être envisagé chez les patients de plus de 65 ans .	<p>N.B. Il n'y a par ailleurs aucune preuve que lorsqu'un AINS est considéré comme indispensable, il soit justifié d'ajouter un IPP ou autre traitement antiulcéreux chez des personnes sans risque élevé d'effets indésirables digestifs graves.</p> <p>Cependant, un âge supérieur à 65 ans constitue un facteur de risque concernant ces effets indésirables.</p>

7. Prescription d'antidépresseurs uniquement en cas de dépression majeure sévère

Le diagnostic de dépression repose sur 9 symptômes, dont deux principaux présents durant au moins 2 semaines: l'humeur dépressive et une perte d'intérêt ou de plaisir durant la majeure partie de la journée et quasiment tous les jours. Les autres symptômes sont: modification du poids, troubles du sommeil, troubles psychomoteurs, fatigue, perte d'estime de soi, troubles de la concentration et idées morbides.

Le trouble dépressif ou dépression au sens strict (dépression majeure) doit comporter 5 symptômes dont au moins un des 2 principaux, durant au moins deux semaines.

Il y a des preuves de l'efficacité des antidépresseurs dans les formes sévères de dépression majeure mais pas dans les formes légères et modérée.

Traitement de la dépression majeure

- Les antidépresseurs ne sont efficaces et cliniquement pertinents qu'en présence d'une dépression majeure sévère
- Les effets indésirables et les risque d'interaction sont de nature :
 - Neurologiques centraux
 - Sérotoninergiques, anticholinergiques

Les recommandations de traitement sont :

- Le sevrage doit être progressif (minimum de 4 semaines)
- En cas de traitement médicamenteux :
 - De préférence choisir un ISRS. Parmi ceux-ci, le premier choix est la sertraline
 - En cas de besoin d'un tricyclique, choisir la nortriptyline
 - Toujours proposer une psychothérapie

Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) (sertraline) sont souvent sélectionnés comme premier choix pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées souffrant d'affections physiques chroniques et pour leurs moindres effets anticholinergiques. Les Antidépresseurs TriCycliques (ATC) (hormis la nortriptyline) ont effectivement des effets anticholinergiques (sécheresse de bouche, constipation, rétention urinaire, troubles visuels, confusion voire delirium) ou provoquent une hypotension orthostatique et les troubles d'équilibre, dûs à l'action anti-noradrénergique, ce qui favorise les chutes ou d'autres accidents.

Les ATC ne sont donc pas recommandés chez les personnes âgées car ils provoquent plus fréquemment des effets indésirables anticholinergiques. Les ATC sont cependant à préférer aux ISRS en cas de maladie de Parkinson, de traitement associé avec des AINS ou avec des antiagrégants ou chez les patients avec des antécédents d'hémorragie gastro-intestinale (car les ATC sont dépourvus d'effet anti-sérotoninergique, donc anti-agrégant). Parmi ces ATC, la nortriptyline provoque moins d'hypotension orthostatique et relativement peu d'effets indésirables anticholinergiques. Les contreindications pour les ATC sont entre autres les pathologies cardiaques, un risque suicidaire important et/ou les cas où les effets anticholinergiques doivent être évités.

Situation clinique	Traitement	Commentaires
Dépression	Privilégier les ISRS (sertraline) aux ATC	<p>Les ATC provoquent des effets indésirables anticholinergiques (sécheresse de bouche, constipation, rétention urinaire, troubles visuels, confusion jusqu'au délire)</p> <p>Les ISRS n'agissent qu'après 2 à 3 semaines. Il faut prendre un antidépresseur pendant au moins 6 semaines pour pouvoir en évaluer l'efficacité.</p> <p>Les guides de pratique conseillent actuellement un traitement d'entretien d'environ 6 à 12 mois pour tous les patients, mais les preuves sont (très) faibles pour les personnes âgées.</p>
Troubles anxieux		Si un traitement médicamenteux s'avère nécessaire, les ISRS représentent le traitement de premier choix (<i>sertraline</i>)
Troubles du sommeil	Privilégier le traitement non médicamenteux	<p>Exceptionnellement, et en cas de situation aiguë, une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire (lormétazépam) peut être prescrite, sous condition que sa prise soit limitée dans le temps.</p> <p>N.B. Les benzodiazépines n'améliorent pas le sommeil à long terme. Elles sont accompagnées, surtout chez les personnes âgées, d'effets indésirables. L'arrêt des benzodiazépines doit se faire progressivement.</p>

Choix des indicateurs pour le traitement de la dépression :

- 5.22 Pourcentage de patients avec prescription d'antidépresseurs
- 5.23 Part de sertraline dans les antidépresseurs
- 5.24 Taux de couverture longue durée par antidépresseurs (patients de 15 ans et plus)
- 5.25 Part d'anticholinergiques dans la prescription d'antidépresseurs chez les 75 ans et plus

8. Prescription d'antipsychotiques en cas de délirium limitée dans le temps

Un délirium se caractérise par un début brutal accompagné d'un déclin fluctuant de l'état de conscience. Il faut toujours envisager le diagnostic différentiel avec une démence, une dépression, une psychose, une akathisie, un syndrome neuroleptique malin, un syndrome serotonergique. La démence augmente le risque d'apparition d'un délirium.

En cas de délirium, il convient de traiter en premier lieu les pathologies somatiques sous-jacentes et d'arrêter les médicaments potentiellement responsables. De nombreux médicaments sont susceptibles de provoquer un délirium (principalement les sédatifs et les médicaments ayant une action anticholinergique, p.ex. les médicaments antiparkinsoniens, les neuroleptiques (surtout les phénothiazines), les antidépresseurs tricycliques et les antihistaminiques et également les médicaments dont les effets anticholinergiques sont moins connus, tels que la digoxine, la théophylline, la prednisolone et la cimétidine, les opioïdes). Quant à savoir si un traitement symptomatique est indispensable, il faut examiner chaque situation individuellement de façon soigneuse. **Un traitement symptomatique peut être indiqué après échec des mesures non-médicamenteuses ou en cas de troubles du comportement fortement perturbants**, pour lutter contre l'anxiété, les hallucinations/illusions ou en cas d'agitation motrice importante (prévention des blessures). **L'usage de neuroleptiques chez les personnes âgées devra être aussi court que possible** et sera prescrit aux doses les plus faibles possibles pour éviter la survenue d'effets indésirables, fréquents chez les personnes âgées et qui peuvent entraîner des conséquences majeures.

Situation clinique	Traitement	Précaution
Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD)	Un traitement symptomatique peut être indiqué après échec des mesures non-médicamenteuses. Le traitement de référence d'un délirium est un anti-psycholeptique (<i>halopéridol</i>)	Il y a peu de preuves d'efficacité à long terme (plus de trois mois) des antipsychotiques (hors psychose). Il convient donc d'essayer régulièrement d'arrêter (progressivement) le traitement.

Les patients atteints de démence ont souvent des problèmes de comportement (SCPD) : agitation, agressivité, hallucinations, anxiété, apathie, dépression, illusions, cris, etc... Ces comportements peuvent représenter une charge supplémentaire pour les soignants ou les proches. Des antipsychotiques sont souvent utilisés pour traiter ces problèmes. Une fois que ces antipsychotiques sont administrés aux patients, ce traitement est malheureusement poursuivi par crainte qu'à l'arrêt, les problèmes de comportement réapparaissent ou s'aggravent.

La prévalence de prescription de neuroleptiques dans les maisons de repos belges est de 23,9%, dont 92,6% pour une durée prolongée, 45,6% malgré le risque de chutes et 31,8% en association avec d'autres substances psychotropes. Or, l'efficacité des neuroleptiques pour le traitement des SCPD s'avère très limitée. Une synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration a évalué s'il est possible d'arrêter des antipsychotiques prescrits pour des problèmes de comportement dans la démence, sans pour autant causer de problèmes. Aucune amélioration n'a pu être montrée en termes de fonction cognitive ou d'état psychomoteur. **Cette synthèse montre qu'il est justifié de tenter d'arrêter les antipsychotiques dans cette population.**

Choix des indicateurs pour la prescription d'antipsychotiques :

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

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

Éditeur responsable

J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation

Service des soins de santé de l'INAMI

Design graphique

Cellule de communication de l'INAMI

Photo

Verypics

Date de publication

Juin 2015

Dépot légal

D/2015/0401/28