

# CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS EN MAISON DE REPOS : une analyse longitudinale

*Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken*



ETUDE

# Consommation de médicaments en maison de repos : une analyse longitudinale

Direction Études

## **Table des matières**

Introduction .....	5
1. Données et méthodologie .....	8
1.1. Données .....	8
1.2. Méthodologie .....	8
1.2.1 Analyse longitudinale.....	8
1.2.2 Sélection des molécules.....	10
2. Analyse longitudinale de la consommation de médicaments en maison de repos.....	12
2.1. Consommation globale de médicaments avant et après l'entrée en maison de repos .....	12
2.2. Polymédication avant et après l'entrée en maison de repos .....	12
2.3. Population sous traitement pour les molécules sélectionnées avant et après l'entrée en maison de repos .....	13
Conclusions.....	16

## Table des figures

Figure 1 : Evolution de la consommation de DDD (en % du total) en fonction de l'âge, 2011 .....	5
Figure 2 : Evolution de la consommation moyenne (DDD) par affilié en fonction de l'âge, 2011 .....	6
Figure 3 : Entrée en maison de repos - période analysée 2009-2011 .....	9
Figure 4 : Traitements initiés et arrêtés en fonction de l'entrée en maison de repos (en %), 2009-2011 .....	15

## Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des affiliés de 70 ans et plus en fonction du lieu de résidence, 2010 .....	7
Tableau 2 : Caractéristiques des affiliés de 70 ans et plus selon le moment de l'entrée en maison de repos, 2010 .....	9
Tableau 3 : Molécules sélectionnées pour les personnes âgées de 70 ans et plus (nb affiliés et DDD), 2011 .....	10
Tableau 4 : Molécules sélectionnées pour les personnes âgées de 70 ans et plus et pour celles de moins de 70 ans (DDD et %), 2011 .....	11
Tableau 5 : Délivrance de DDD 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011 .....	12
Tableau 6 : Distribution des affiliés selon le nombre de systèmes (ATC-1 <sup>er</sup> niveau) traités par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011 .....	13
Tableau 7 : Distribution des affiliés selon le nombre de classes thérapeutiques (ATC-4 <sup>ème</sup> niveau) délivrées par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011 .....	13
Tableau 8 : Affiliés traités 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011 .....	14
Tableau 9 : Traitements initiés et arrêtés en fonction de l'entrée en maison de repos (en %), 2009-2011 .....	15

### Remerciements

Nous remercions tout particulièrement pour leurs conseils avisés

Dominique Blondeel  
Alain Bourda  
Yolande Husden  
Nadine Reginster  
Daphné Thirifay  
Katrien Vervoort

et pour l'assistance technique

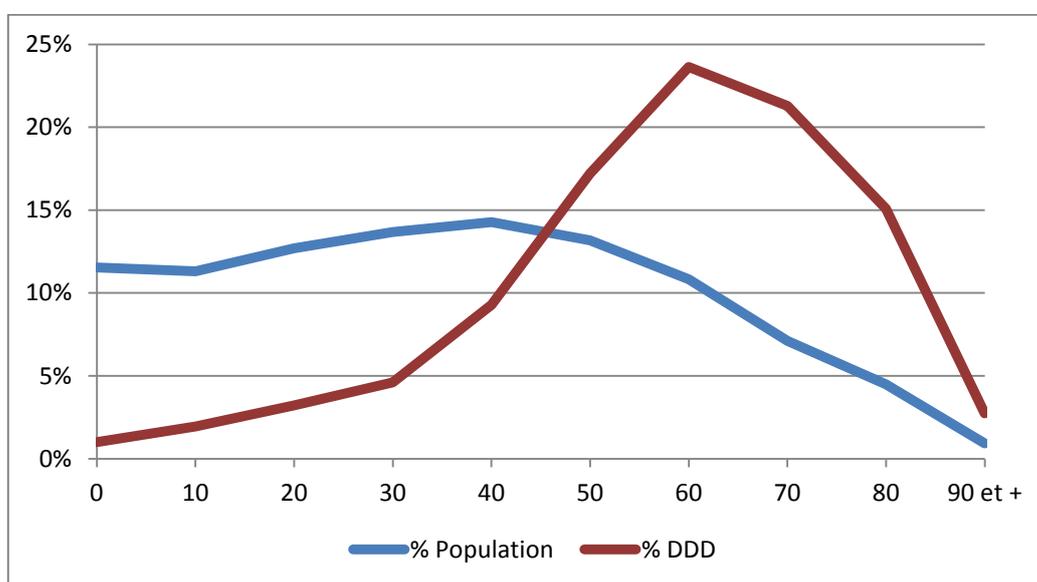
Vinciane Devrou

## INTRODUCTION

En matière de soins de santé, les médicaments ont toujours constitué un sujet de préoccupation dans notre pays, pour des raisons budgétaires et d'accessibilité aux soins mais aussi pour des raisons de santé publique. Avec une dépense annuelle de 479 euros par habitant, la Belgique se situe en 3<sup>ème</sup> position parmi les pays de l'OCDE<sup>1</sup>.

Comme les autres dépenses de santé, cette consommation de médicaments se concentre sur la population âgée. Selon l'étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé<sup>2</sup>, plus d'un médicament sur trois est consommé par les personnes âgées de 70 ans et plus. Les données de la Mutualité Socialiste – Solidaris confirment ce constat : 39% des médicaments sont consommés par les 70 ans et plus alors qu'ils représentent 12% de la population (Figure 1).

**Figure 1 : Evolution de la consommation de DDD<sup>3</sup> (en % du total) en fonction de l'âge, 2011**



Source : UNMS

En termes de DDD délivrées, les affiliés âgés de 70 ans et plus consomment 1.401 DDD par an, soit trois fois plus que la consommation moyenne (449 DDD) (Figure 2).

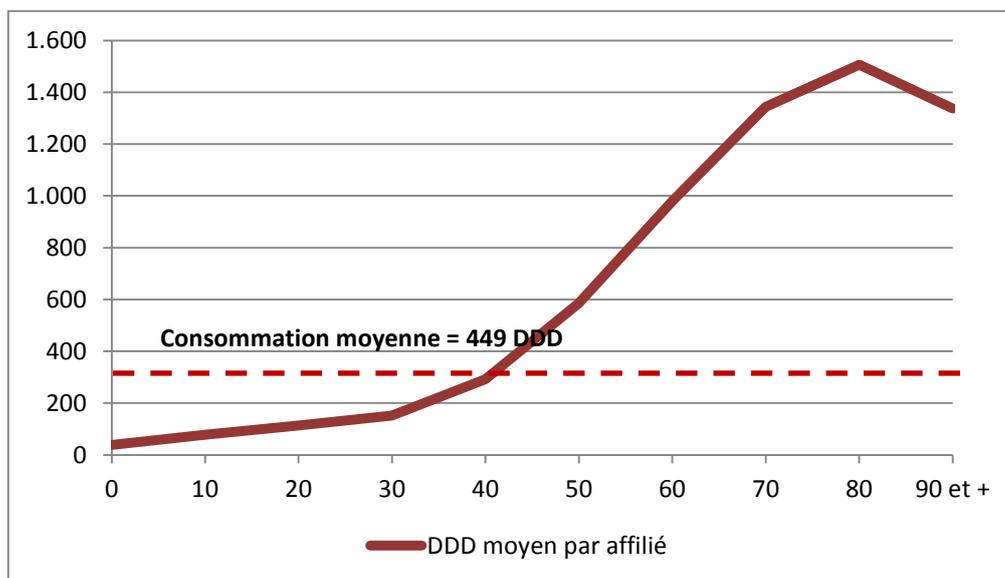
La question de la consommation de médicaments des personnes âgées est d'autant plus d'actualité que le vieillissement de la population s'accroît et que se prépare le transfert d'un ensemble de compétences concernant les soins aux personnes âgées.

<sup>1</sup> Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2012, *Health at a glance : Europe 2012*, Publication OCDE, Paris.

<sup>2</sup> Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE), 2006, « L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges », KCE Reports vol.47B.

<sup>3</sup> La DDD (pour Defined Daily Dose), unité de mesure définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, correspond à la dose quotidienne de traitement pour un médicament dans son indication principale pour un adulte.

**Figure 2 : Evolution de la consommation moyenne (DDD) par affilié en fonction de l'âge, 2011**



Source : UNMS

Diverses études<sup>4</sup> ont été réalisées sur la consommation de médicaments des personnes âgées, en particulier celles résidant en maison de repos qui concernent 1,5% de la population pour 5,6% des dépenses<sup>5</sup>. Outre une consommation importante, surtout d'antidépresseurs et d'antipsychotiques, les études mettent en évidence des problèmes de qualité liés à la polymédication (interactions et contre-indications, sur ou sous-prescription potentielle selon les affections traitées, utilisation de médicaments dont l'efficacité est insuffisamment démontrée) ainsi que de grandes variabilités dans l'utilisation des médicaments entre institutions.

Une analyse rapide de la consommation des médicaments des affiliés de 70 ans et plus de la Mutualité Socialiste – Solidaris montre également :

- Une consommation de médicaments plus importante en maison de repos qu'à domicile. En 2010, un affilié résidant en maison de repos s'est vu délivrer 1.807 DDD en moyenne contre 1.439 DDD pour un affilié résidant à domicile, soit une différence de 26%.
- Une polymédication plus élevée en maison de repos qu'à domicile. En moyenne, les affiliés institutionnalisés se voient délivrer 13 classes thérapeutiques différentes contre 10 pour ceux à domicile. En outre, 5% des affiliés résidant en maison de repos en 2010 se voient prescrire plus de 29 classes thérapeutiques différentes.
- La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques est plus élevée en maison de repos qu'à domicile. Le pourcentage d'affiliés sous traitement par antidépresseurs en 2010 est de 17% à domicile contre 50% en maison de repos. En d'autres mots, moins d'un affilié à domicile sur cinq est traité par antidépresseurs alors que cela concerne un affilié résidant en maison de repos sur deux. Au niveau des antipsychotiques, la différence est encore plus marquée : 26% des affiliés institutionnalisés en consomment alors qu'ils ne sont que 3% à domicile.

<sup>4</sup> Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, 2011, « Consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maisons de repos – Synthèse », Conférence de presse - 12 mai 2011.

Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE), *Ibid.*

Cornelis K., 2007, « Des grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos », Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, *MC-Information*, n°229, p. 3-6.

<sup>5</sup> Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE), *Ibid.*

Ces résultats comportent cependant des limites. Sur le plan méthodologique, la consommation de médicaments est analysée de manière transversale, à savoir que l'on prend une « photo » de la consommation de médicaments et on compare la consommation de médicaments à domicile avec celle observée en maison de repos.

Cette approche revient à comparer la consommation de médicaments de deux populations (affiliés à domicile versus affiliés en maison de repos) ayant des caractéristiques sensiblement différentes<sup>6</sup>, ce qui a une influence sur la consommation de médicaments. En effet, les affiliés résidant en maison de repos (soit 9,1% des 70 ans et plus) sont en moyenne plus âgés et comptent proportionnellement plus de femmes, de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et de malades chroniques (Tableau 1). En outre, un affilié résidant en maison de repos sur cinq décède l'année suivante.

**Tableau 1 : Caractéristiques des affiliés de 70 ans et plus en fonction du lieu de résidence, 2010**

	Affiliés à domicile	Affiliés en maison de repos
<b>Nombre d'affiliés</b>	338.697	33.813
<b>Age moyen</b>	78	85
<b>% Femmes</b>	58%	78%
<b>% BIM</b>	33%	59%
<b>% Malades chroniques</b>	11%	48%
<b>% Décès en 2011</b>	4%	20%

Source : UNMS

Les analyses transversales ne permettent donc pas d'identifier clairement l'effet d'une institutionnalisation parmi les différents paramètres influençant la consommation de médicaments des personnes âgées.

Afin d'isoler l'effet de l'institutionnalisation sur la médication des personnes âgées, cette étude se penche sur le suivi de la consommation de médicaments d'une cohorte d'affiliés âgés de 70 ans et plus, six mois avant et six mois après leur entrée en maison de repos. L'analyse porte plus spécifiquement sur deux dimensions : le démarrage ou l'arrêt d'un traitement après l'entrée en maison de repos et l'évolution de la polymédication.

<sup>6</sup> Afin de prendre en compte ces différences, il est possible de réaliser une standardisation. Toutefois, cette standardisation est limitée aux données dont les organismes assureurs disposent et ne permettent pas de prendre complètement en compte les pathologies ou la morbidité.

## 1. DONNEES ET METHODOLOGIE

### 1.1. Données

La consommation de médicaments des personnes âgées est analysée sur base de deux banques de données afin de couvrir l'ensemble des médicaments remboursables délivrés aux affiliés de la Mutualité Socialiste – Solidaris, soit ceux délivrés en officines privées et ceux délivrés en officines hospitalières :

- Pharmanet qui est un flux d'informations alimenté par les factures des officines privées et passant par les mutualités dans le cadre du remboursement des médicaments dans le secteur ambulatoire ;
- Medhosp qui est un flux d'informations alimenté par les factures des officines hospitalières et passant par les mutualités dans le cadre du remboursement des médicaments dans le secteur hospitalier.

Cela nous permet de tenir compte de l'ensemble de la consommation de médicaments, y compris celle des affiliés qui ont été hospitalisés. Il s'agit en effet d'un aspect important dans le cadre de cette étude : parmi les affiliés entrés en maison de repos en 2010, trois affiliés sur quatre ont été hospitalisés au moins deux jours au cours des six mois précédant leur entrée en maison de repos. Il est donc important d'intégrer ces données afin de ne pas biaiser les résultats lorsqu'on analyse la consommation de médicaments.

Ces deux flux d'informations identifient les médicaments remboursables délivrés (basés sur la classification ATC<sup>7</sup>) à chaque patient et le nombre de DDD délivrées. La présente étude ne prend donc en compte que les personnes ayant consommé au moins un médicament sur la période.

### 1.2. Méthodologie

#### 1.2.1 Analyse longitudinale

Afin de cerner au mieux l'effet d'une institutionnalisation, nous étudions les données de trois années (du 1<sup>er</sup> juillet 2009 au 30 juin 2011) relatives aux médicaments délivrés aux affiliés de 70 ans et plus de la Mutualité Socialiste – Solidaris. Nous réalisons ainsi une analyse longitudinale en suivant la cohorte de personnes âgées entrées pour la première fois en maison de repos en 2010<sup>8</sup> et comparons deux périodes (Figure 3) :

- Six mois avant l'entrée en maison de repos ;
- Six mois après l'entrée en maison de repos.

Cette approche longitudinale permet d'évaluer si la consommation de médicaments a été induite par l'entrée en maison de repos ou si elle existait déjà avant l'institutionnalisation.

---

<sup>7</sup> La classification ATC (pour Anatomical Therapeutic Chemical) est un système de classification hiérarchique des molécules en 5 niveaux, mis au point et recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé lorsqu'on étudie la consommation de médicaments. Dans cette classification, les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

<sup>8</sup> Dans l'analyse, nous considérons les maisons de repos et de soins (MRS) ainsi que les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Par ailleurs, afin de ne pas biaiser la consommation de médicaments, nous excluons de l'analyse les personnes décédées avant le 30 juin 2011.

**Figure 3 : Entrée en maison de repos - période analysée 2009-2011**

Source : UNMS

Parmi l'ensemble des affiliés entrant pour la première fois en maison de repos en 2010 (10.033 affiliés), nous ne prenons en compte que les affiliés de 70 ans et plus présents dans nos données six mois avant et six mois après leur entrée en maison de repos (6.943 affiliés). Il ressort que les caractéristiques de l'échantillon des affiliés entrés en maison de repos en 2010 sont relativement similaires à celles des affiliés qui résidaient déjà en maison de repos (Tableau 2).

**Tableau 2 : Caractéristiques des affiliés de 70 ans et plus selon le moment de l'entrée en maison de repos, 2010**

	Affiliés entrés en maison de repos avant 2010	Affiliés entrés en maison de repos en 2010
<b>Age moyen</b>	85	81
<b>% Femmes</b>	77%	75%
<b>% BIM</b>	59%	54%
<b>% Malades chroniques</b>	50%	55%

Source : UNMS

L'évolution de la consommation de médicaments est analysée sous trois dimensions différentes :

- Le nombre moyen de DDD délivrées ;
- La polymédication<sup>9</sup>, en examinant le nombre de systèmes traités sur base de la classe ATC-1<sup>er</sup> niveau mais également le nombre de classes thérapeutiques délivrées sur base de la classe ATC-4<sup>ème</sup> niveau ;
- Les affiliés sous traitement (soit le pourcentage des affiliés ayant reçu un traitement d'au moins 30 DDD en 2010) en distinguant pour une sélection de 10 molécules<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Relevons ici que l'analyse est réalisée uniquement sur les médicaments remboursés, ce qui a probablement pour effet de sous-évaluer la question de la polymédication.

<sup>10</sup> L'étude se concentre sur 10 molécules présentant un intérêt particulier dans le cadre de cette étude. La méthodologie de sélection de ces molécules est développée au point 1.2.2.

### 1.2.2 Sélection des molécules

Afin d'évaluer l'impact de l'institutionnalisation des affiliés sur un ensemble de traitements médicamenteux, 10 molécules présentant un intérêt particulier dans le cadre de cette étude ont été sélectionnées. Deux critères ont été suivis pour définir la sélection :

- Un premier critère de volume : les molécules les plus délivrées (en termes de DDD ou de nombre d'affiliés) aux personnes de 70 ans et plus en 2011 ont été sélectionnées. On retrouve les antihypertenseurs, les antiagrégants, les statines et les inhibiteurs de la pompe à proton.
- Un second critère de « santé publique » : les molécules présentant un intérêt sur base de problèmes connus et d'ordre de santé publique. A savoir, les antidépresseurs et les antipsychotiques dont la plus forte consommation en maison de repos a été mise en évidence dans la littérature ; les antibiotiques qui sont relativement fort délivrés alors qu'ils peuvent être responsables du développement de la résistance bactérienne en cas de trop grande consommation ; les anti-inflammatoires qui sont souvent prescrits à la place d'antidouleurs alors qu'ils peuvent avoir un impact négatif sur les reins ; les antidouleurs car la douleur chronique est souvent insuffisamment ou mal traitée chez les personnes âgées et finalement, les hypoglycémiantes qui représentent une molécule témoin dans la mesure où ils ne sont prescrits qu'en cas d'absolue nécessité pour soigner les patients atteints de diabète.

Le tableau 3 (dans lequel les molécules sont classées par ordre décroissant du nombre DDD) reprend les 10 molécules sélectionnées sur base de ces deux critères. Les antihypertenseurs sont en tête du classement : ils représentent 176.220.333 DDD délivrées à 288.736 affiliés en 2011.

**Tableau 3 : Molécules sélectionnées pour les personnes âgées de 70 ans et plus (nb affiliés et DDD), 2011**

	Médicament	Usage	Nb d'affiliés	Nb de DDD
<b>C03+C07+C08+C09</b>	Antihypertenseur	Troubles cardio-vasculaires et hypertension artérielle	288.736	176.220.333
<b>B01</b>	Antiagrégant	Risques thrombotiques	193.210	58.922.940
<b>C10AA</b>	Statine	Hypercholestérolémie	160.836	50.675.679
<b>A02B</b>	Inhibiteur de la pompe à proton	Ulcère gastro-intestinal et reflux	160.335	36.689.668
<b>A10</b>	Hypoglycémiant	Diabète	78.303	31.424.673
<b>N06A</b>	Antidépresseur	Dépression	92.651	22.309.590
<b>M01A</b>	Anti-inflammatoire non stéroïdien	Inflammation, rhumatisme	148.706	9.994.432
<b>N02A</b>	Antidouleur opiacé	Douleurs	110.064	7.277.455
<b>J01</b>	Antibiotique	Infections bactériennes	208.947	7.091.428
<b>N05A</b>	Antipsychotique	Schizophrénie et autres maladies psychotiques	40.636	2.788.779

Source : UNMS

Ces 10 molécules représentent 73% des DDD délivrées aux affiliés âgés de 70 ans et plus et 68% des DDD délivrées aux affiliés de moins de 70 ans (Tableau 4). La consommation de certaines molécules diffère fortement selon l'âge de l'affilié :

- La consommation d'antiagrégants est proportionnellement plus importante chez les 70 ans et plus : ils représentent une part deux fois plus élevée en termes de DDD. Il en est de même pour les antihypertenseurs qui représentent 32% de la consommation totale chez les 70 ans et plus contre 22% chez les moins de 70 ans. En d'autres termes, une dose sur trois délivrée aux affiliés de 70 ans et plus est un antihypertenseur alors que cela ne représente qu'une dose sur cinq délivrée au moins de 70 ans.
- A contrario, les antibiotiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anti-inflammatoires et les antidouleurs représentent proportionnellement moins de DDD dans la consommation de médicaments des 70 ans et plus.
- Au niveau des molécules restantes (hypoglycémiant, inhibiteurs de la pompe à proton et statines), la consommation est relativement semblable quel que soit l'âge de l'affilié.

**Tableau 4 : Molécules sélectionnées pour les personnes âgées de 70 ans et plus et pour celles de moins de 70 ans (DDD et %), 2011**

	Nb de DDD		DDD (%)	
	Moins de 70 ans	70 ans et plus	Moins de 70 ans	70 ans et plus
<b>Antiagrégant</b>	52.464.064	58.922.940	6%	11%
<b>Antibiotique</b>	29.347.189	7.091.428	3%	1%
<b>Antidépresseur</b>	64.623.439	22.309.590	7%	4%
<b>Antidouleur</b>	13.571.228	7.277.455	2%	1%
<b>Antihypertenseur</b>	191.279.086	176.220.333	22%	32%
<b>Anti-inflammatoire</b>	38.009.243	9.994.432	4%	2%
<b>Antipsychotique</b>	13.855.911	2.788.779	2%	1%
<b>Hypoglycémiant</b>	48.240.244	31.424.673	6%	6%
<b>Inhibiteur de la pompe à proton</b>	69.351.321	36.689.668	8%	7%
<b>Statine</b>	70.306.072	50.675.679	8%	9%
<b>Autres</b>	281.194.872	153.494.869	32%	28%
<b>Total</b>	<b>872.242.669</b>	<b>556.889.845</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : UNMS

## 2. ANALYSE LONGITUDINALE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS EN MAISON DE REPOS

Nous avons réalisé une analyse longitudinale afin d'isoler l'impact de l'institutionnalisation en matière de prescription de médicaments remboursables des personnes âgées, avec un focus particulier sur les molécules sélectionnées précédemment (Tableau 3). Nous avons de la sorte étudié la consommation de médicaments six mois avant et six mois après l'entrée en maison de repos pour une cohorte d'affiliés de 70 ans et plus. Cette approche a permis d'évaluer les changements de médication induits par une entrée en maison de repos.

### 2.1. Consommation globale de médicaments avant et après l'entrée en maison de repos

En prenant en compte l'ensemble des molécules, le nombre de DDD délivrées passe de à 6.753.423 à 6.622.032 suite à l'entrée en maison de repos, soit une diminution de 2% (Tableau 5). La consommation reste donc globalement stable.

**Tableau 5 : Délivrance de DDD 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011**

Nb de DDD avant	Nb de DDD après	Différence	Progression
6.753.423	6.622.032	-131.391	-2%

Source : UNMS

### 2.2. Polymédication avant et après l'entrée en maison de repos

Nous nous intéressons à la polymédication sur base du nombre de systèmes traités (ATC-1<sup>er</sup> niveau) et sur base du nombre de classes thérapeutiques délivrées (ATC-4<sup>ème</sup> niveau)<sup>11</sup>.

Le tableau 6 donne la distribution des affiliés selon le nombre de systèmes traités au cours des six mois précédant et des six mois suivant l'entrée en maison de repos. Bien qu'il existe peu de différence et ceci tout au long de la distribution, la polymédication est légèrement supérieure après l'entrée en maison de repos. En moyenne, un affilié est traité pour 5 systèmes après son entrée en maison de repos contre 4 avant.

<sup>11</sup> Seules les délivrances par le secteur ambulatoire sont prises en compte. Nous avons, en effet, exclu les délivrances par le secteur hospitalier afin de se concentrer uniquement sur les molécules traitant une maladie chronique et afin d'éviter de prendre la consommation liée à une hospitalisation en compte dans l'analyse. Dans le cas échéant, l'étude mettrait davantage en évidence les effets liés à la sortie de l'hôpital plutôt que l'entrée en maison de repos.

**Tableau 6 : Distribution des affiliés selon le nombre de systèmes (ATC-1<sup>er</sup> niveau) traités par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011**

	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Moyenne
<b>Avant</b>	1	2	3	4	6	7	8	4
<b>Après</b>	2	2	3	5	6	7	8	5

Source : UNMS

Lorsque la polymédication est analysée de manière plus fine et sur base des classes thérapeutiques, il n'existe quasi aucune différence avant et après l'entrée en maison de repos (Tableau 7) : la moitié des affiliés se voit prescrire 7 classes thérapeutiques différentes, six mois avant et six mois après l'entrée en maison de repos. L'entrée en maison de repos n'induit donc pas de changement en termes de polymédication.

**Tableau 7 : Distribution des affiliés selon le nombre de classes thérapeutiques (ATC-4<sup>ème</sup> niveau) délivrées par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011**

	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Moyenne
<b>Avant</b>	2	2	4	7	10	14	16	8
<b>Après</b>	2	3	5	7	10	14	16	8

Source : UNMS

### 2.3. Population sous traitement pour les molécules sélectionnées avant et après l'entrée en maison de repos

Le tableau 8 renseigne, par molécule sélectionnée, le nombre et le pourcentage d'affiliés traités avant et après l'entrée en maison de repos. Parmi les 10 molécules étudiées, on observe des variations plus ou moins grandes suite à l'institutionnalisation :

- Les molécules pour lesquelles on constate une forte diminution de la population traitée : les anti-inflammatoires (-34%), les antibiotiques (-15%), les antiagrégants (-14%) et les statines (-12%) ;
- Les molécules pour lesquelles on constate une forte augmentation de la population traitée : les antidépresseurs (+16%) et les antipsychotiques (+34%) ;
- Les autres molécules – à savoir les antidouleurs opiacés les hypoglycémiant, les inhibiteurs de la pompe à proton et les antihypertenseurs – pour lesquelles le pourcentage de la population traitée varie nettement moins, voire reste stable, après l'entrée en maison de repos.

**Tableau 8 : Affiliés traités 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2009-2011**

Classe ATC	Nb d'affiliés avec traitement		% de la population traitée		Différence
	Avant	Après	Avant	Après	
Anti-inflammatoire	667	437	10%	6%	-34%
Antibiotique	1.483	1.258	21%	18%	-15%
Antiagrégant	4.162	3.570	60%	51%	-14%
Statine	2.048	1.796	29%	26%	-12%
Antidouleur opiacé	936	883	13%	13%	-6%
Hypoglycémiant	1.211	1.155	17%	17%	-5%
Antihypertenseur	5.152	5.130	74%	74%	0%
Inhibiteur de la pompe à proton	2.804	2.981	40%	43%	6%
Antidépresseur	2.697	3.119	39%	45%	16%
Antipsychotique	935	1.255	13%	18%	34%

Source : UNMS

Le tableau 9 et la figure 4 montrent le pourcentage de traitements en fonction de la période à laquelle ils ont été initiés ou arrêtés. En effet, un même pourcentage de population traitée avant et après l'entrée en maison de repos ne signifie pas pour autant qu'il s'agit des mêmes affiliés ayant gardé leur traitement après leur arrivée en maison de repos.

Trois cas de figure peuvent se présenter :

- 1) L'affilié a commencé son traitement avant l'entrée en maison de repos et le continue durant son séjour en maison de repos ;
- 2) L'affilié a arrêté son traitement après l'entrée en maison de repos ;
- 3) L'affilié a initié son traitement après l'entrée en maison de repos.

Ainsi, suite à l'institutionnalisation, certains traitements sont initiés et d'autres arrêtés, ayant dès lors un impact sur les catégories de médicaments consommés. L'entrée en maison de repos peut alors se traduire par des modifications importantes dans les traitements prescrits.

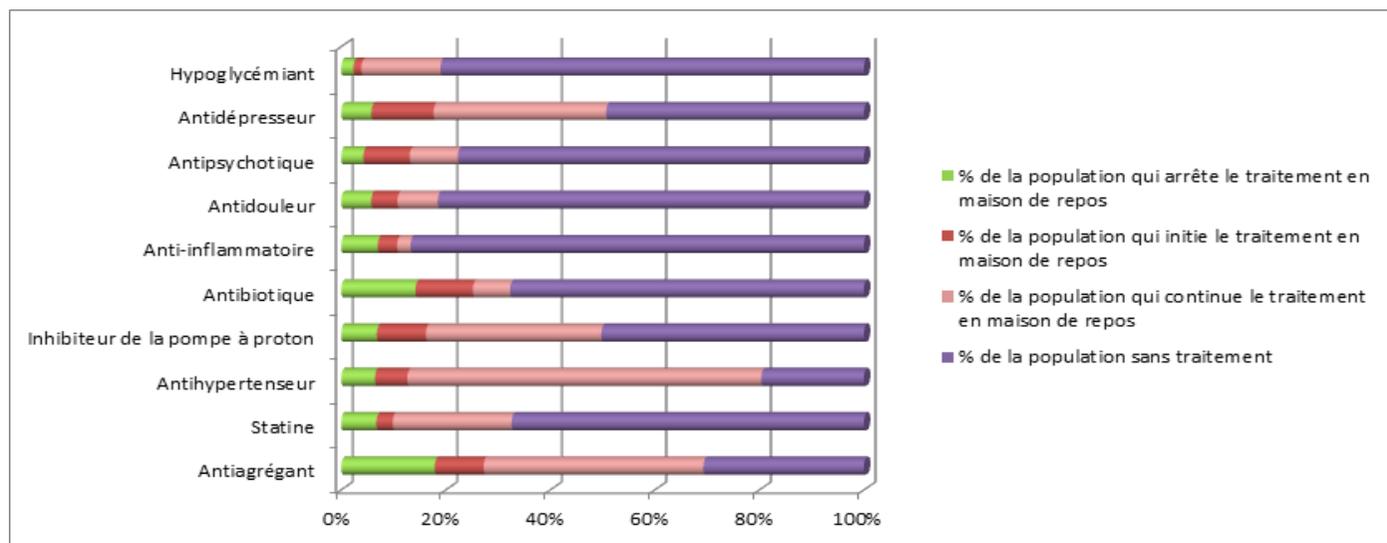
C'est le cas pour les antidépresseurs et les antipsychotiques : la proportion d'affiliés traités par antidépresseurs et antipsychotiques passe respectivement de 39% et 13% avant l'entrée en maison de repos à 45% et 18% après l'entrée en maison de repos (Tableau 8). L'analyse montre également que parmi les 3.119 affiliés sous antidépresseurs en maison de repos, 824 ont initié leur traitement après leur entrée en maison de repos (Tableau 9). En d'autres mots, un quart des affiliés sous antidépresseurs en maison de repos a débuté son traitement suite à l'entrée en maison de repos. De même, parmi les 1.255 affiliés sous antipsychotiques en maison de repos, 615 affiliés ont initié leur traitement après leur institutionnalisation, soit un affilié sur deux.

Inversement, la proportion d'affiliés sous antiagrégants et statines diminue après l'entrée en maison de repos. Ainsi, parmi les 4.162 affiliés sous traitement par antiagrégants avant l'entrée en maison de repos, 1.242 affiliés ont arrêté leur traitement suite à leur institutionnalisation (Tableau 13). De même, parmi les 2.048 affiliés sous statines, 468 ont arrêté leur traitement après leur entrée en maison de repos. Autrement dit, 30% des affiliés qui étaient sous antiagrégants et 23% des affiliés qui étaient sous statines avant l'entrée en maison de repos arrêtent leur traitement.

**Tableau 9 : Traitements initiés et arrêtés en fonction de l'entrée en maison de repos (en %), 2009-2011**

	Nombre de traitements				En entrant en maison de repos		
	Avant	Arrêté	Initié	Après	% de la pop. qui arrête	% de la pop. qui initie	% de la pop. qui continue
<b>Antiagrégant</b>	4.162	1.242	650	3.570	18%	9%	42%
<b>Antibiotique</b>	1.483	987	762	1.258	14%	11%	7%
<b>Antidépresseur</b>	2.697	402	824	3.119	6%	12%	33%
<b>Antidouleur</b>	936	401	348	883	6%	5%	8%
<b>Antihypertenseur</b>	5.152	450	428	5.130	6%	6%	68%
<b>Anti-inflammatoire</b>	667	486	256	437	7%	4%	3%
<b>Antipsychotique</b>	935	295	615	1.255	4%	9%	9%
<b>Hypoglycémiant</b>	1.211	163	107	1.155	2%	2%	15%
<b>Inhibiteur de la pompe à proton</b>	2.804	474	651	2.981	7%	9%	34%
<b>Statine</b>	2.048	468	216	1.796	7%	3%	23%

Source : UNMS

**Figure 4 : Traitements initiés et arrêtés en fonction de l'entrée en maison de repos (en %), 2009-2011**

Source : UNMS

## CONCLUSIONS

Plusieurs études se sont penchées sur la question de la consommation de médicaments en maison de repos. Toutefois, ces études analysaient la problématique de manière transversale, à savoir en comparant deux photos prises au même moment de la consommation de médicaments à domicile et de celle en maison de repos. Elles ne tenaient pas suffisamment compte du profil différent des patients traités à domicile et en maison de repos. Or, les données montrent que les affiliés résidant en maison de repos (soit 9,1% des 70 ans et plus) sont en moyenne plus âgés et comptent proportionnellement plus de femmes, de bénéficiaires de l'intervention majorée et de malades chroniques. En outre, ils ont une plus grande morbidité : un affilié résidant en maison de repos sur cinq décède l'année suivante.

Afin d'éviter le biais de consommation lié aux caractéristiques différentes des deux populations (à domicile versus en maison de repos) et d'isoler l'impact de l'institutionnalisation sur la médication des personnes âgées, nous avons suivi la consommation de médicaments remboursables d'une cohorte d'affiliés âgés de 70 ans et plus, six mois avant et six mois après leur entrée en maison de repos. L'approche longitudinale a permis d'évaluer si la prescription de médicaments a été induite lors de l'entrée en maison de repos ou si elle existait déjà avant l'entrée en maison de repos.

Notre analyse permet de confirmer certains résultats des études précédentes sur la consommation des médicaments en maison de repos mais aussi de les nuancer.

- **Le volume global de médicaments consommés n'augmente pas après l'entrée en maison de repos**

Les résultats montrent que résider en maison de repos ne modifie pas le volume global de médicaments consommés mesuré en DDD. En moyenne, le nombre de DDD consommées par un patient six mois avant son entrée en maison de repos est de 973 et de 954 au cours des six mois après son entrée en maison de repos.

- **L'institutionnalisation n'a pas d'impact sur le nombre de médicaments différents consommés par les personnes âgées**

L'entrée en maison de repos n'induit pas de changement en termes de polymédication. En moyenne, les patients suivis dans la cohorte consomment 8 molécules différentes et ce chiffre reste identique six mois avant et six mois après l'entrée en maison de repos. Par ailleurs, 10% des patients se voient prescrire plus de 14 classes thérapeutiques différentes mais, ici aussi, on n'observe pas de différence suite à l'institutionnalisation des patients.

- **L'entrée en maison de repos se traduit par des modifications dans les traitements prescrits**

Après l'entrée en maison de repos, on observe que certains traitements sont initiés et d'autres arrêtés. La proportion de patients traités par antidépresseurs et antipsychotiques augmente. Elle passe respectivement de 39% et 13% avant l'entrée en maison de repos à 45% et 18% après l'entrée en maison de repos. L'analyse montre également que parmi les patients sous antidépresseurs en maison de repos, un quart ont débuté leur traitement après leur entrée en maison de repos. Pour les antipsychotiques, c'est un patient sur deux.

Inversement, la proportion de patients sous antiagrégants et statines – médicaments pour traiter des affections cardiovasculaires – diminue après l'entrée en maison de repos. Ainsi, 30% des patients qui étaient sous antiagrégants et 23% des patients qui étaient sous statines avant leur entrée en maison de repos arrêtent leur traitement.

## **La Mutualité Socialiste – Solidaris formule donc les recommandations suivantes :**

- **Enregistrer les médicaments non remboursables dans Pharmanet**

Actuellement, les médicaments non remboursés ne sont pas enregistrés par les pharmaciens via le réseau Pharmanet. Leur enregistrement permettrait d'avoir une vue complète de la consommation de médicaments des personnes âgées de manière à permettre une évaluation qualitative de celle-ci mais aussi des coûts supportés en matière de soins médicamenteux.

- **Monitorer la qualité de la prescription en maison de repos**

Notre étude débouche sur certains constats, mais les résultats ne permettent pas de conclure quant à une éventuelle sur/sous-consommation des résidents en maison de repos puisque nous ne disposons pas des informations relatives au diagnostic. Mais ces variations de la médication suite à l'institutionnalisation sont interpellantes.

La Mutualité Socialiste – Solidaris plaide pour organiser un feed-back de ces résultats aux médecins coordinateurs des maisons de repos dans le cadre d'une évaluation qualitative régulière de la prescription de médicaments, à mener en concertation avec les médecins prescripteurs et les pharmaciens.

Par ailleurs la Mutualité Socialiste – Solidaris propose d'imposer un médecin coordinateur ainsi que le formulaire pharmaceutique<sup>12</sup> comme critères d'agrément des maisons de repos mais aussi de renforcer le rôle du médecin coordinateur. Pour l'instant son rôle en matière de médicaments se limite à l'élaboration d'un formulaire pharmaceutique et à son utilisation. La Mutualité Socialiste – Solidaris propose que le médecin coordinateur se voie confier la gestion des médicaments au sein de la maison de repos et en particulier la possibilité de modifier la prescription sur base du formulaire thérapeutique, en concertation avec le médecin traitant.

Le pharmacien a aussi un rôle important à jouer dans le monitoring de la qualité en particulier dans le suivi de l'adhérence au traitement ou des contre-indications.

- **Une médication « sur mesure » répondant aux besoins individuels du patient âgé**

La médication « sur mesure » du patient en maison de repos passe notamment par la préparation de médication individuelle dont les règles ont été récemment publiées<sup>13</sup> ainsi qu'une tarification à l'unité. Ces nouvelles dispositions vont non seulement éviter le gaspillage en adaptant la distribution aux besoins individuels mais aussi donner au pharmacien, au médecin coordinateur et au médecin traitant une vue précise sur l'historique thérapeutique du patient. La Mutualité Socialiste – Solidaris suggère que ce modèle soit étendu aux personnes âgées à domicile.

- **Plus d'attention pour le bien-être des personnes âgées en maison de repos**

Le changement d'environnement peut générer un stress chez la personne âgée et influencer sur son état physique et psychique. Bien trop souvent, le médicament est la première réponse apportée alors qu'on peut agir préventivement. Il faut éviter tout « placement » en urgence : la préparation à l'institutionnalisation (visites d'établissements, discussions avec l'entourage,...) peut rassurer le futur résident. Consacrer suffisamment de temps à l'accueil de la personne lors de son arrivée et prévoir un accompagnement individuel doivent également être envisagés. Il faudra ensuite proposer des activités prônant l'autonomie en fonction des attentes de la personne. De plus, le projet d'établissement devrait permettre au résident d'avoir encore une utilité sociale au sein de la maison de repos et donc de se sentir mieux.

---

<sup>12</sup> Le formulaire pharmaceutique est déjà intégré dans les normes d'agrément des maisons de repos et de soins.

<sup>13</sup> Arrêté Royal du 24 septembre 2012 établissant les règles relatives à la préparation de médication individuelle (MB 28 septembre 2012).





LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE  
SONT TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE [www.mutsoc.be](http://www.mutsoc.be)



La Mutualité Socialiste



DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE

DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN

RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES

Téléphone : 02/515.03.93. – fax : 02/515.18.74. – mail : [Etudes@mutsoc.be](mailto:Etudes@mutsoc.be)

EDITEUR RESPONSABLE :

ALAIN THIRION

Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles