

- ratio du nombre de mammographies dans le dépistage organisé et hors du dépistage organisé rapporté au nombre de femmes dont le médecin est le médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans par période de 2 ans ;
- ratio du nombre de mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé rapporté au nombre de femmes dont le médecin est le médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans par période de 2 ans.

La déclinaison individuelle est précisée au sein de l'annexe 1.

➤ **La vaccination anti-grippale chez les personnes âgées**

La Loi de Santé Publique a fixé comme objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque et tout particulièrement celui des personnes âgées de plus de 65 ans.

Le taux de couverture à l'issue de la campagne 2005-2006 était de 63% pour cette population. 7 millions de personnes de plus de 65 ans sont concernées.

Le médecin traitant doit juger de l'opportunité de la vaccination pour ses patients et est l'interlocuteur privilégié pour les accompagner dans cette démarche.

La grippe et ses fréquentes complications chez la personne âgée expose à l'ajout de médicaments chez des patients déjà souvent polymédiqués. Eviter cet épisode grippal en vaccinant son patient contribue à lutter non seulement contre la morbidité et la mortalité liées à la grippe mais aussi contre les risques de iatrogénie médicamenteuse.

Les médecins traitants s'engagent sur l'objectif d'un taux de couverture antigrippale des patients de plus de 65 ans pour lesquels ils sont médecins traitants d'au moins 75% conformément à l'objectif de la loi de santé publique, soit une augmentation de 12 points en trois ans. Cet objectif sera décliné (cf.annexe1) et analysé individuellement et fera l'objet d'un retour d'information personnalisée.

Il s'agit de favoriser la vaccination au cours d'une consultation habituelle ou, en-dehors des primo-vaccinations, la réalisation de l'injection par un infirmier en accord avec le médecin traitant.

L'Assurance Maladie fournira au médecin traitant les outils facilitant la détermination des patients de plus de 65 ans susceptibles d'être vaccinés. Elle accompagnera également les médecins traitants dans cette démarche par le biais d'une communication adaptée auprès des assurés.

➤ **La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées**

Actuellement, il est estimé que la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 130 000 hospitalisations par an¹, ce qui représente 5 à 10 % des hospitalisations au total. Or, 40 à 60 % de ces événements iatrogènes, qui sont d'origines diverses, sont évitables.

La population des plus de 65 ans est la plus exposée, notamment en raison du nombre important mais souvent nécessaire de médicaments qu'elle consomme. Parmi les 10 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, environ 1,5 million consomment quotidiennement 7

¹ Principaux résultats Eneis. P. Michel et al. Risques et Qualité 2005 vol II n°3 p.131-138.

médicaments ou plus de classes thérapeutiques différentes, ce qui représente en moyenne 30 patients par an et par médecin traitant (appelées « population âgée polymédiquée »).

Si, dans cette tranche d'âge, la polymédication est très souvent justifiée, la vulnérabilité des plus de 65 ans aux effets indésirables des médicaments est réelle. La mise en place d'une prévention active des risques liés aux médicaments repose sur plusieurs éléments :

- Questionner à chaque ordonnance sur les médicaments prescrits :
Aucun patient n'a un état de santé statique dans le temps. Toute ordonnance doit ainsi donner lieu à des réévaluations régulières.
Par ailleurs, toute introduction de nouveau traitement doit conduire le médecin à rechercher si chacun des médicaments consommés est toujours nécessaire et compatible avec le nouveau médicament.
- Hiérarchiser les traitements :
La prise en charge des personnes âgées impose de hiérarchiser les symptômes et les pathologies à traiter, en privilégiant ceux qui comportent les risques les plus importants pour le patient.
- Sensibiliser le patient et son entourage sur les risques et lui faire accepter le principe de révision des traitements.

Le médecin traitant constitue le pivot de cette démarche. Le fait que plus de 90% des assurés de plus de 65 ans aient choisi leur médecin traitant rend la prévention de ce risque plus aisée. Le médecin traitant dispose en effet d'une vision globale de ses patients et de l'ensemble de ses traitements. La dimension préventive du médecin traitant prend ici tout son sens.

Les objectifs collectifs et qualitatifs sont en 2008 dans la population âgée polymédiquée :

- diminution de 10% du nombre de personnes ayant eu une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue² ;
- diminution de 10% du nombre de personnes ayant eu une prescription de vasodilatateur.

Ces objectifs feront l'objet d'un retour individuel d'information auprès des médecins.

L'Assurance Maladie accompagnera les médecins traitants dans cette démarche par le biais d'une communication auprès des assurés et en agissant auprès des pharmaciens afin de les y sensibiliser.

➤ **Les risques cardiovasculaires et en premier lieu le diabète**

En France en 2004, plus de 2 millions de personnes, dont 80% en ALD30, sont touchées par le diabète, facteur de risque majeur de complications cardiovasculaires. Actuellement, le taux d'accroissement moyen en effectif est de 7,5 % par an. L'augmentation de l'incidence du diabète est principalement due à l'augmentation du surpoids et de l'obésité, ainsi qu'au vieillissement de la population.

² La demi-vie est le temps nécessaire pour que la concentration plasmatique ou la quantité de médicaments dans l'organisme diminue de 50%. Un médicament est considéré comme à demi-vie courte lorsque ce temps est inférieur à 20h et à demi-vie longue si ce temps est supérieur ou égal à 20 heures.