

L'utilisation de psychotropes dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins

[Abstract]

Une publication des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Rédaction : Wies Kestens, Dieter De Court, Claire Huyghebaert, Güngör Karakaya,
Joëlle Josse, Evelyn Macken, Amandine Prade, Ludo Vandenthoren,
Kelly Van der Cruyssen, Ruud Saerens

www.mloz.be
(©) Mutualités Libres / Bruxelles, juin 2025
(numéro d'entreprise 411.766.483)

L'utilisation de psychotropes dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins

[Abstract]

01	Introduction	3
02	Questions de recherche	5
03	Méthodologie	6
	Période de l'étude	6
	Population de l'étude	6
	Variables de l'étude	6
	Analyses	8
04	Résultats.....	9
	Le profil des résidents.....	9
	L'évolution de l'utilisation de médicaments des résidents des maisons de repos.....	11
05	Discussion.....	19
	L'utilisation d'antipsychotiques.....	19
	L'utilisation d'antidépresseurs.....	20
	Variation entre maisons de repos	20
	L'impact de l'institutionnalisation sur la consommation de médicaments	21
	Sevrage	22
06	Recommandations.....	22
07	Références.....	25
08	Notes.....	27

01 Introduction

La santé mentale des personnes âgées est souvent liée à d'autres facteurs que chez les personnes d'autres groupes d'âge. À savoir, la confrontation avec des expériences de perte et des changements de vie significatifs peut entraîner une pression croissante sur la résilience, une déstabilisation du bien-être mental et donc l'émergence de symptômes et d'affections psychiques [1]. La perte d'un être cher, l'abandon du cadre familial lors d'un déménagement dans une maison de repos (et de soins), l'adaptation à une maladie chronique et à une mobilité réduite en font notamment partie. Autant de facteurs qui, à eux seuls ou souvent combinés, peuvent donner lieu à un sentiment de solitude, une dégradation de son autonomie et donc de potentiels problèmes psychiques.

Les enquêtes BELHEALTH de Sciensano nous apprennent que la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les plus de 65 ans fluctue respectivement autour des 9 et 8 % ces dernières années, environ 10 % de ces personnes se disent peu satisfaites de leur vie et environ une personne sur cinq n'est pas satisfaite de son niveau de contacts sociaux [2]. En dehors de ce dernier indicateur, les chiffres restent invariablement inférieurs à ceux des individus des autres groupes d'âge. Les chiffres de l'AIM montrent que la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en Belgique en 2022 est significativement plus élevée chez les plus de 65 ans que chez les personnes plus jeunes [3], [4]. L'utilisation d'antidépresseurs en 2022 est de 19,7 % chez les plus de 65 ans, contre 12,7 % chez les 25-64 ans et elle est encore plus faible chez les 18-24 ans. En 2022, 5 % des plus de 65 ans consomment des antipsychotiques, contre 3 % des 25-64 ans et 1,8 % des 18-24 ans.

Indications pour la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques (en maison de repos)

Il existe différentes directives concernant l'utilisation d'antipsychotiques dans la pratique clinique. Nous nous référons ici aux recommandations du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP). Elles définissent différentes indications pour les antipsychotiques, poussées par les preuves disponibles en matière d'efficacité et de sécurité. Dans la population générale, ils peuvent être recommandés en cas de (i) schizophrénie et d'autres syndromes psychotiques, (ii) agressivité et agitation grave, par exemple en cas de démence sous-jacente ou d'alcoolisme et (iii) épisodes maniaques lors de troubles bipolaires [5]. Comme pour tous les médicaments, ce groupe est utilisé dans les indications où les avantages l'emportent sur les inconvénients. Il n'existe par exemple que des indications limitées en cas de confusion aiguë et de psychose associée à la maladie de Parkinson, ainsi qu'en cas de dépression résistante au traitement (spécialisé). Finalement, le CBIP déconseille explicitement l'utilisation de cette classe de médicaments dans le cadre de l'insomnie et des troubles de la personnalité.

Chez les personnes âgées, nous devons également tenir compte de limitations additionnelles. Le rapport bénéfice/risque est influencé par des effets secondaires plus fréquents et plus graves. Un récent article dans la revue *Folia* fait référence au risque plus élevé d'affections cardio-vasculaires et de décès chez les patients atteints de démence, un groupe auquel on prescrit pourtant souvent des

antipsychotiques en raison de problèmes de comportement [6]. C'est pourquoi les directives, y compris celles du Formulaire Soins aux personnes âgées, mettent d'abord l'accent sur une approche non médicamenteuse et, lorsqu'un médicament est tout de même choisi, sur des dosages minimaux et des durées de traitement courtes chez les personnes atteintes de démence [5], [7], [8]. Les prestataires de soins sont encouragés à réduire progressivement les antipsychotiques [9], bien que les recherches montrent que les degrés de réussite sont variables [10], [11], [12]. En résumé, les antipsychotiques peuvent être des médicaments efficaces et relativement sûrs dans les bonnes indications. Au-delà de cette liste (limitée), la prudence reste de mise.

Le CBIP définit également des indications pour l'utilisation d'une autre classe de psychotropes, les antidépresseurs : « *En cas de dépression (modérée à) sévère, le traitement combiné d'un antidépresseur et d'une psychothérapie s'est avéré efficace dans les études cliniques* » [13]. Encore une fois, chez tous les patients - mais a fortiori chez les personnes âgées fragiles - le rapport bénéfice/risque doit toujours être évalué avant d'entamer un traitement médicamenteux. Ici encore, le Formulaire Soins aux personnes âgées est un bon fil conducteur en termes d'indication, de thérapie non médicamenteuse, de choix et, si nécessaire, d'adaptation de la posologie de l'antidépresseur [14]. De plus, le CBIP précise que, contrairement aux antipsychotiques, si l'effet thérapeutique est suffisant, le traitement est poursuivi 6 à 12 mois après la rémission et le patient ne doit pas l'interrompre brutalement.

En général, on peut parler d'utilisation judicieuse (ou appropriée) des médicaments lorsque le médicament est indiqué pour la problématique pour laquelle il est prescrit, et lorsque le choix du médicament et la posologie sont basés sur les directives médicales existantes, y compris la prise en compte des traitements complémentaires ou autres (non-médicamenteux) [15].

Utilisation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs dans les maisons de repos belges

La prévalence plus faible de l'anxiété et de la dépression s'accompagne toutefois d'une plus grande consommation de médicaments psychoactifs chez les personnes âgées. Dans une revue systématique de 2016, la Belgique est apparue comme l'un des pays d'Europe occidentale avec la consommation la plus élevée d'antipsychotiques et d'antidépresseurs en maisons de repos [16]. Cela se reflète également dans les chiffres plus récents de l'AIM : en 2020, près d'un tiers des résidents des MRS belges ont pris des antipsychotiques au moins une fois, dont deux sur cinq pendant plus de 6 mois [17] et en 2022, 48,7 % des personnes âgées belges séjournant au moins un jour en maison de repos ont consommé des antidépresseurs et 28,1 % des antipsychotiques [3], [4].

En 2024, nous avons publié une étude sur l'utilisation des antipsychotiques dans les maisons de repos belges de 2017 à 2022 [18]. Dans cette étude, nous avons appris qu'en 2022, l'utilisation chronique d'antipsychotiques s'élevait à 22,5 %, ce qui représentait une baisse légère mais significative par rapport à 2017. La définition que nous avons utilisée pour identifier l'usage chronique diffère de celle utilisée dans l'étude précédente, à savoir 80 doses quotidiennes standard sur une base annuelle et/ou 16 semaines avec une délivrance (quelle que soit la dose) de ces médicaments. Cette définition avait été utilisée pour mieux saisir l'usage chronique, même des

faibles dosages. Nous avons également constaté que l'utilisation d'antipsychotiques variait considérablement d'un maison de repos à l'autre et que l'évolution de cette utilisation variait également fortement d'un maison de repos à l'autre.

Variations entre maisons de repos dans l'utilisation de médicaments psychotropes

Plusieurs études ont déjà pu établir qu'il existe de fortes variations entre les maisons de repos dans l'utilisation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs [19], [20]. Par exemple, Fog et ses collègues ont constaté que l'utilisation d'antipsychotiques dans les maisons de repos en Norvège variait entre 3 % et 50 %, et celle d'antidépresseurs entre 9 % et 75 % [20]. Kleijer et ses collègues ont constaté en outre que les maisons de repos aux Pays-Bas qui présentent un taux élevé d'utilisation d'antipsychotiques étaient souvent de grande taille, urbains et obtenaient des résultats inférieurs à la moyenne en ce qui concerne les effectifs, les soins et les activités récréatives [19].

Impact de l'admission en maison de repos

Une admission dans un maison de repos s'accompagne souvent d'une augmentation de la consommation d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et d'autres médicaments. Une analyse réalisée en 2011 par les Mutualités Libres montrait déjà que 1 consommateur d'antidépresseurs sur 3 (36 %) et près de 6 consommateurs d'antipsychotiques sur 10 (57 %) n'ont commencé à en prendre qu'après leur admission en maison de repos [21]. Une étude australienne a montré que 45,7 % des utilisateurs d'antipsychotiques et 19,8 % des utilisateurs d'antidépresseurs n'ont commencé à en prendre que 6 mois après leur entrée dans la structure [22].

02 Questions de recherche

Dans cette étude, nous actualisons les principaux résultats de l'étude précédente [18] en ajoutant des données pour les années 2023 et 2024. Nous étendons dès lors le domaine de notre recherche aux antidépresseurs et étudions également l'utilisation non chronique.

Le but de cette étude est quadruple. Premièrement, nous décrivons l'évolution de l'utilisation (chronique) d'antidépresseurs et d'antipsychotiques chez les résidents des maisons de repos entre 2017 et 2024. Deuxièmement, nous analysons quels profils présentent un risque plus élevé d'utilisation chronique de ces médicaments en 2024. Troisièmement, nous étudions quels médicaments spécifiques sont utilisés. Et quatrièmement, nous étudions l'impact de l'institutionnalisation sur la consommation de médicaments.

03 Méthodologie

Période de l'étude

Nous partons de l'année 2017 et comparons cette année 2017 avec les années suivantes jusqu'en 2024. Les années 2017 à 2019 permettent de caractériser la situation pré-Covid. Les années 2020 et 2021 reflètent la situation pendant la pandémie et les années à partir de 2022 montrent la situation après la pandémie.

Population de l'étude

La population étudiée comprend les personnes qui passent au moins un jour dans un maison de repos au cours d'une année civile donnée. Pour identifier les résidents des maisons de repos en 2017 et 2018, nous avons utilisé les données administratives sur les remboursements. Pour identifier les résidents de 2019 à 2024, nous avons utilisé les accords d'entrée, de prolongation ou de sortie dans les maisons de repos.

Pour les questions de recherche 1 (évolution de la consommation de médicaments), 2 (facteurs de risque - consommation chronique) et 3 (médicaments spécifiques), nous ne prenons en compte que les personnes qui séjournent dans un maison de repos pendant une année civile complète. Nous excluons donc les personnes qui entrent ou sortent au cours de l'année en question, ainsi que celles qui décèdent. La population étudiée se compose de 15.222 personnes en 2017 et de 15.076 en 2024.

Pour répondre à la question de recherche 4 (impact de l'institutionnalisation), seules les personnes ayant une nouvelle entrée dans un maison de repos entre 2021 et 2024, qui ne changent pas de mutualité au cours des 6 mois précédents et des 9 mois suivants, et qui ne décèdent pas ou ne quittent pas la maison de repos au cours des 9 mois suivant l'entrée, ont été reprises. La population étudiée ici se compose de 14.336 personnes.

Variables de l'étude

Utilisation de médicaments

Pour la population étudiée, nous avons analysé les données Pharmanet concernant les médicaments dispensés dans les officines publiques (donc hors de la structure hospitalière) et pour lesquels l'INAMI a effectué un remboursement. Les médicaments non remboursés sont donc exclus. Pour identifier les médicaments, nous utilisons le système ATC, grâce auquel un code est assigné à chaque principe actif, ce qui permet de lui attribuer une place dans le système de classification.

Indicateurs

Utilisation d'antipsychotiques : identifiés sur la base du niveau ATC4 : N05A

Utilisation d'antidépresseurs : identifiés sur la base du niveau ATC4 : N06A

L'utilisation signifie au moins une délivrance d'antipsychotiques au cours d'une année civile. L'utilisation chronique signifie 80 DDD (Daily Defined Dose) ou plus au cours de la même année civile ou au moins 16 semaines différentes avec une seule délivrance de médicaments. Différentes directives considèrent que l'utilisation d'un antipsychotique sur une courte période peut aller jusqu'à 16 semaines [23], [24]. Cette méthode nous permet de capter l'utilisation chronique des faibles doses.

Lorsque nous étudions l'impact de l'institutionnalisation, nous utilisons des données sur une période de 6 mois avant et de 3 à 9 mois après l'entrée. Ce faisant, nous n'étudions que l'ensemble de l'utilisation, c'est-à-dire pas l'utilisation chronique, car il est impossible de saisir l'utilisation chronique de faibles doses à domicile, où les délivrances de médicaments ne doivent pas être hebdomadaires. Pour ce faire, nous calculons les indicateurs suivants :

- Prévalence de l'utilisation : la prévalence de l'utilisation d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques :

$$\text{Prévalence} = \frac{\text{Nombre de consommateurs dans une période donnée}}{\text{Nombre de personnes présentes dans la population étudiée dans une période donnée}}$$

- Début après l'entrée (%) : proportion de résidents qui commencent à prendre des médicaments dans les 6 mois suivant leur entrée dans un maison de repos. Pour effectuer ce calcul, seules les personnes qui n'avaient pas consommé ces médicaments au cours des 6 mois précédant l'entrée sont incluses :

$$\text{Début après entrée} = \frac{\text{nombre de résidents avec consommation dans les 3 – 9 mois après entrée et sans consommation dans les 6 mois avant entrée}}{\text{Nombre de résidents sans consommation dans les 6 mois avant entrée}}$$

- Arrêt après l'entrée (%) : proportion de résidents qui arrêtent de prendre des médicaments dans les 6 mois suivant leur entrée dans un maison de repos. Pour effectuer ce calcul, seules les personnes qui avaient consommé ces médicaments au cours des 6 mois précédant l'entrée sont incluses :

$$\text{Arrêt après entrée} = \frac{\text{nombre de résidents sans consommation dans les 3 – 9 mois après entrée et avec consommation dans les 6 mois avant entrée}}{\text{Nombre de résidents avec consommation dans les 6 mois avant entrée}}$$

Caractéristiques de la population étudiée

- Dépendance : Les accords d'entrée, de prolongation ou de sortie contiennent des informations sur la dépendance aux soins de la personne (et permettent d'identifier la maison de repos spécifique). Cette dépendance aux soins est

exprimée à l'aide de l'échelle de Katz¹. Nous regroupons les profils O et A de l'échelle de Katz comme « moins dépendants » et les profils B, C, D et Cd comme « plus dépendants ». Ces données ne sont disponibles que pour les années 2019-2024.

- Résidence : la région où vit le membre : Bruxelles, Wallonie ou Flandre
- Âge : divisé en groupes d'âge :
 - < 65 ans
 - 65-74 ans
 - 75-84 ans
 - les 85 +
- Sexe : homme ou femme
- Droit à l'intervention majorée (BIM) : ce droit entraîne un remboursement plus élevé des soins médicaux et donc une diminution des coûts pour le patient. Cette variable peut être utilisée comme un indicateur socio-économique car le droit est principalement accordé en fonction des conditions de revenu².

Analyses

Le schéma ci-dessous clarifie les méthodes utilisées et les populations étudiées pour répondre aux trois questions de recherche. Toutes les analyses sont effectuées en SAS 8.1.

Question de recherche 1

Nous calculons la prévalence de l'utilisation (chronique) d'antipsychotiques et d'antidépresseurs entre 2017 et 2024.

Les variations entre maisons de repos en ce qui concerne l'utilisation (chronique) d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques en 2017 et en 2024, et la variation de l'évolution entre 2017 et 2024, sont illustrées à l'aide de diagrammes en boîtes (boxplots). Pour ces analyses, nous reprenons uniquement les 63 maisons de repos où résidaient au moins 30 membres des Mutualités Libres en 2017 et 2024. Nous ne retenons donc pour cela que 2.666 résidents en 2024, soit 17,7 % de la population étudiée, et 63 maisons de repos, soit 4,6 % des maisons de repos où réside au moins un membre des Mutualités Libres en 2024.

Question de recherche 2

Pour déterminer quels profils présentent le risque le plus élevé d'utilisation (chronique) d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques, nous calculons l'association entre les caractéristiques de la personne (sexe, âge, dépendance aux soins, BIM,

¹ INAMI : <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx>

² INAMI - <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree>

région) d'une part, et le risque d'utilisation chronique d'antipsychotiques ou d'utilisation chronique d'antidépresseurs d'autre part.

Une régression logistique multiple a été utilisée pour estimer ces associations pour 2024. Un intercept aléatoire a également été ajouté à chaque fois pour la maison de repos, afin de tenir compte du regroupement des résidents dans les maisons de repos. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) et de leurs intervalles de confiance.

Question de recherche 3

Nous donnons un aperçu des médicaments en fonction de leur volume et du nombre de personnes qui les ont utilisés.

Question de recherche 4

L'impact de l'institutionnalisation est analysé à l'aide de la prévalence et de l'incidence du nombre d'utilisateurs chroniques d'antidépresseurs et d'antipsychotiques 6 mois avant et 3 à 9 mois après l'entrée dans la maison de repos. À cette fin, toutes les nouvelles entrées au cours de la période 2021-2024 pour lesquelles nous disposons de données administratives dans les 6 mois précédant l'entrée ainsi que dans les 3 à 9 mois suivant l'entrée sont prises en considération. Les résidents qui ont quitté la maison de repos dans les 9 mois ou qui sont décédés ont donc été exclus, de même que les résidents qui ont changé de mutualité pendant la période d'observation. Cela représente 14.336 nouvelles entrées. Nous calculons ensuite l'utilisation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs avant et après l'entrée et nous calculons l'incidence des résidents qui commencent ou arrêtent de les utiliser. Nous ne nous étendons pas ici sur l'usage chronique, car il est difficile de l'identifier avant l'entrée.

La variation entre les maisons de repos en termes d'impact de l'institutionnalisation est analysée à l'aide de diagrammes en boîtes (boxplots). Dès lors, sont uniquement repris les 38 maisons de repos dans lesquels il y a eu au moins 30 nouvelles entrées sur la période 2021-2024, soit 2,6 % des maisons de repos dans lesquels séjourne au moins un membre des Mutualités Libres en 2024.

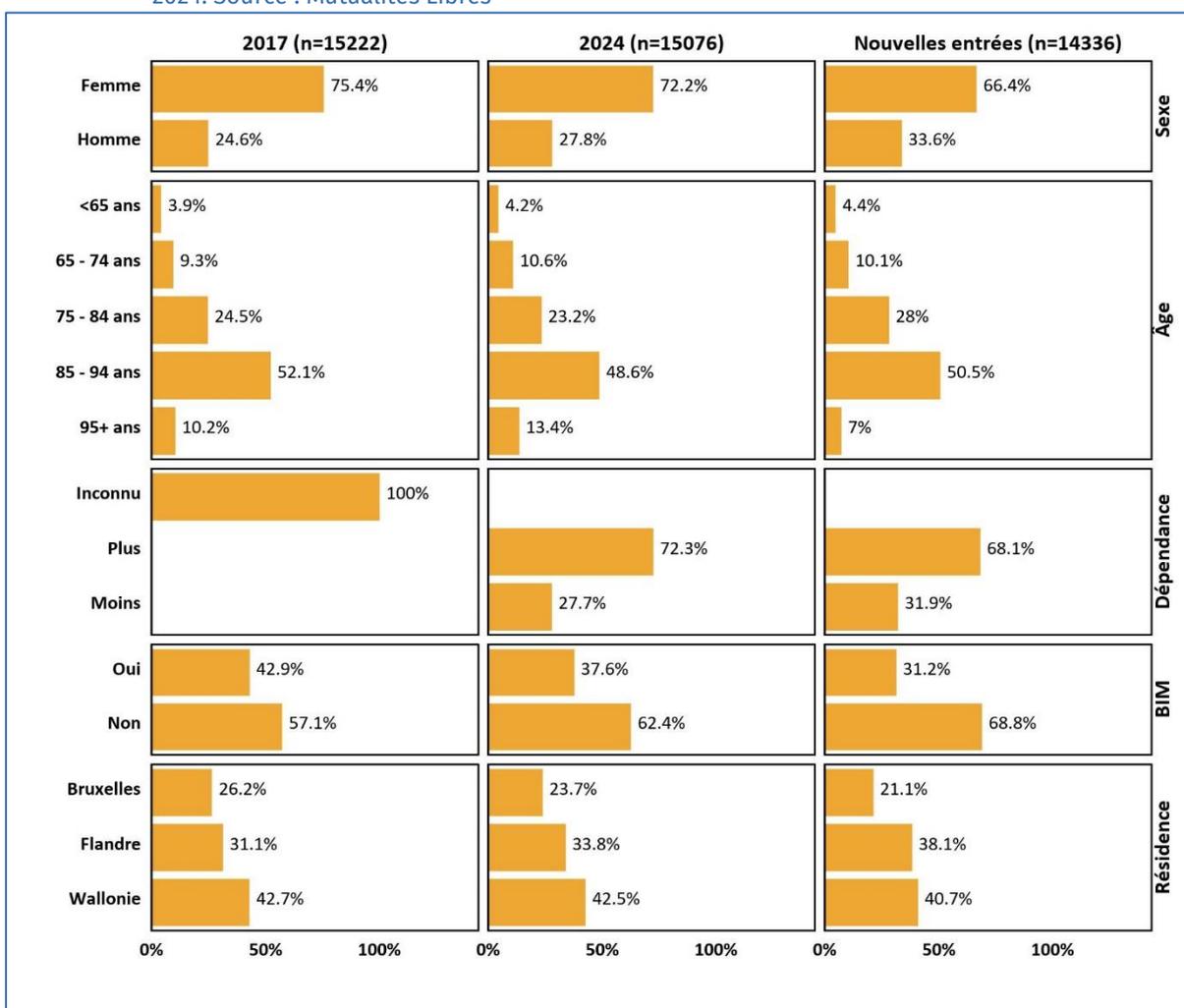
04 Résultats

Le profil des résidents

La Figure 1 présente certaines caractéristiques de la population étudiée en 2017 et 2024 et la population étudiée des nouvelles entrées. En 2024, 15.082 personnes âgées séjournent dans un maison de repos pendant l'année complète, soit une diminution de 1 % par rapport à 2017. Environ 3 résidents sur 4 (72,2%) sont des femmes en 2024, mais la proportion de femmes a chuté depuis 2017. Environ 6 résidents sur 10 (62,0%) sont âgés de 85 à 94 ans ou de plus de 95 ans en 2024, et ceci n'a pratiquement pas changé entre 2017 et 2024. La proportion de personnes âgées de plus de 95 ans a fortement augmenté entre 2017 et 2024. Environ 4 résidents sur 10 (37,6%) ont droit à l'intervention majorée en 2024, une baisse marquante par rapport à 2017. Environ 3

résidents sur 4 sont plus dépendants en 2024. Les résidents vivent principalement en Wallonie, puis en Flandre et à Bruxelles. Depuis 2017, la proportion de résidents vivant en Flandre a légèrement augmenté et celle résidant à Bruxelles a, au contraire, légèrement diminué. Parmi les nouvelles entrées, il y a proportionnellement plus d'hommes, plus de 75-94 ans, moins de dépendants et moins de personnes avec un statut BIM.

Figure 1: Profil des résidents des maisons de repos en 2017 et 2024, et des nouvelles entrées en 2023-2024. Source : Mutualités Libres



L'évolution de l'utilisation de médicaments des résidents des maisons de repos

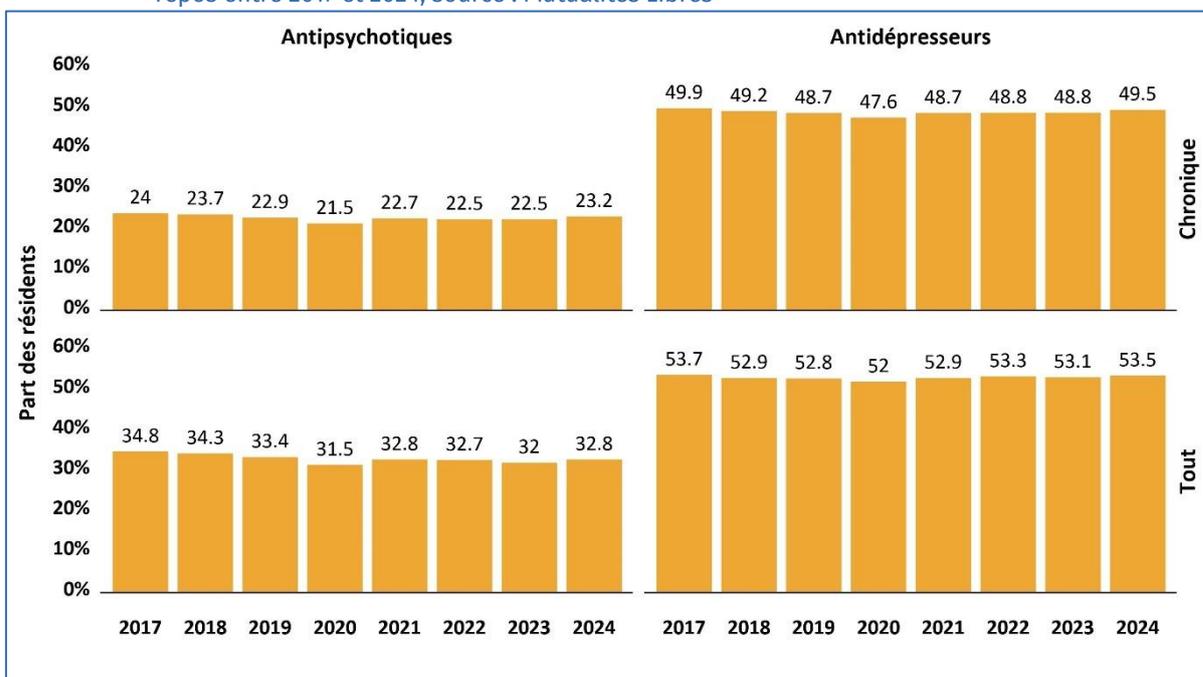
Description de l'évolution

Près de 1 résident sur 3 qui séjourne en MRS pendant une année complète (32,8 %) reçoit des antipsychotiques au moins une fois en 2024. Il s'agit d'une baisse légère mais significative depuis 2017 ($\text{Chi}^2=14,2$; $p= 0,0002$) où 34,8 % des résidents recevaient des antipsychotiques, mais d'une augmentation par rapport à 2020 (31,5 %). Plus de la moitié des résidents (53,5 %) reçoivent des antidépresseurs au moins une fois en 2024, ce qui représente une très légère baisse non significative par rapport à 2017 ($\text{Chi}^2=0,069$; $p= 0,7934$), où 53,7 % des résidents recevaient des antidépresseurs.

Plus de 1 résident sur 5 (23,2 %) reçoit des antipsychotiques chroniques en 2024. Pour rappel, « chronique » signifie au moins 80 DDD d'antipsychotiques et/ou d'antipsychotiques pendant 16 semaines différentes. Il s'agit d'une baisse non significative depuis 2017 ($\text{Chi}^2=2,7$; $p=0,1002$), où le taux d'utilisation était encore de 24 %. L'utilisation chronique d'antipsychotiques était particulièrement faible en 2020 (21,5 %) et a recommencé à augmenter depuis. Pour les antipsychotiques, environ 2/3 de l'utilisation totale est chronique.

Près de la moitié des résidents (49,5 %) reçoit des antidépresseurs chroniques en 2024. Par rapport à 2017, où l'usage chronique était encore de 49,9 %, il s'agit d'une légère baisse non significative ($\text{Chi}^2=0,42$; $p=0,5164$). Dans le cas des antidépresseurs, l'utilisation est presque toujours chronique.

Figure 2 : Évolution de la consommation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs dans les maisons de repos entre 2017 et 2024, source : Mutualités Libres



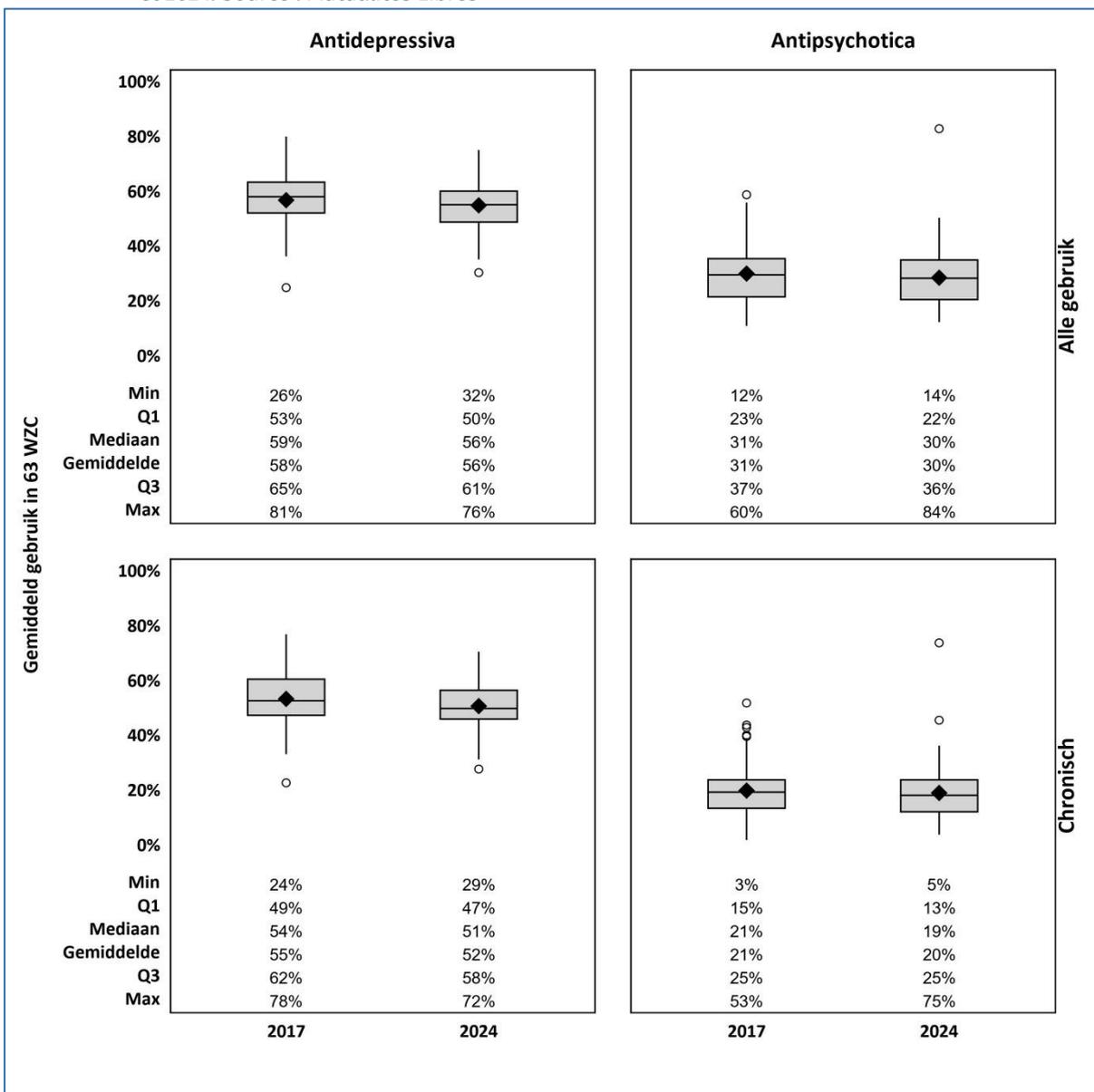
Variation entre les maisons de repos dans l'utilisation chronique d'antipsychotiques

La Figure 3 montre la variation de la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en 2017 et 2024 parmi les 63 maisons de repos dans lesquels séjournent au moins 30 membres des Mutualités Libres en 2017 et 2024 (sur un total de 1.401 maisons de repos).

L'utilisation chronique d'antidépresseurs varie moins entre les maisons de repos : dans les 25 % de maisons de repos dans lesquels l'utilisation est la plus faible, jusqu'à 47 % (2024) et 49 % (2017) des résidents utilisent des antidépresseurs de manière chronique. En revanche, dans les 25 % de maisons de repos où la consommation est la plus élevée, au moins 58 % (2024) et jusqu'à 62 % (2017) des résidents consomment des antidépresseurs de façon chronique. En moyenne, l'utilisation chronique d'antidépresseurs diminue dans les MRS étudiés (médiane = -3 points de pourcentage, moyenne = -2 points de pourcentage).

L'utilisation chronique d'antipsychotiques varie très fortement entre les maisons de repos. Dans les 25 % de maisons de repos où la consommation est la plus faible, maximum 13 % (2024) à 15 % (2017) des résidents consomment des antipsychotiques de façon chronique. Dans les 25 % de maisons de repos où la consommation est la plus élevée, minimum 25 % des résidents consomment des antipsychotiques de façon chronique. En général, l'utilisation chronique d'antipsychotiques diminue dans les MRS étudiés (médiane = -1 point de pourcentage, moyenne = -1 point de pourcentage).

Figure 3 : Répartition de la consommation de médicaments dans les 63 maisons de repos inclus en 2017 et 2024. Source : Mutualités Libres



ENCADRÉ : LEÇONS TIRÉES DE QUELQUES VISITES DE MRS

Dans la période 2023-2024, nous avons visité quelques MRS pour parler aux infirmiers, aux directeurs et aux MCC de la politique (en matière de médicaments) dans leur MRS. Nous avons spécifiquement choisi des MRS où l'utilisation de médicaments psychotropes avait fortement diminué (parmi les membres des Mutualités Libres).

Nous avons identifié les *best practices* suivantes :

- Organiser une réunion de base au cours de laquelle tous les aspects de la vie et des soins du résident sont discutés afin d'apprendre à mieux le connaître et de pouvoir lui offrir des soins et un encadrement sur mesure. Le résident et sa famille, ainsi que le médecin généraliste, le médecin coordinateur et conseiller (MCC), le personnel de la MRS concerné et les services sociaux y sont conviés. L'histoire de la vie, l'état de santé et les médicaments, les besoins en matière de soins, le régime alimentaire et les habitudes alimentaires, l'emploi du temps et la détente, les intérêts, la recherche de sens et les croyances sont abordés. Le résident et sa famille ont leur mot à dire.
- Impliquer autant que possible la famille du résident dans les décisions et la vie du maison de repos
- S'engager fortement en faveur d'une approche non médicamenteuse, en s'investissant pleinement dans les alternatives telles qu'une belle offre/stimulation de loisirs, la musicothérapie, les bains aromatiques, la stimulation multisensorielle... Les liens avec le quartier sont renforcés, par exemple en permettant aux résidents d'aider les enfants des écoles du quartier à faire leurs devoirs.
- Le concept d'organisation du travail innovante, pour travailler à plus petite échelle avec de petits groupes et du personnel spécifiquement dédié à un groupe, aide les membres du personnel à mieux connaître les résidents, pour la plus grande satisfaction de chacun.
- Faire appel à une aide psychologique professionnelle, par exemple en collaboration avec un service externe

Le profil des résidents des MRS avec une utilisation chronique d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques

La Figure 4 illustre l'utilisation chronique d'antipsychotiques et d'antidépresseurs selon le profil des résidents en 2024. La Figure 5 présente les résultats de la régression logistique multiple, qui met en évidence l'association entre l'utilisation chronique d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques et le profil des résidents au moyen d'*odds ratios*. Les résultats de ce modèle confirment ceux de l'analyse descriptive présentée à la Figure 4.

Étant donné que toutes les autres variables restent constantes, l'utilisation chronique d'antipsychotiques est plus élevée chez les résidents plus jeunes que chez les résidents plus âgés (52,3 % des moins de 65 ans et 41,6 % des 65-74 ans prennent des antipsychotiques de manière chronique, contre moins de 20 % des 85-94 ans et des 95 ans et plus), plus élevée chez les personnes plus dépendantes que chez les moins dépendantes, à savoir 25,2 % contre 17,9 %, plus élevée chez les personnes ayant droit à l'intervention majorée que chez les personnes n'y ayant pas droit, à savoir 28,2 % contre 20,2 % et plus faible à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre, à savoir 21,2 % et 23,4 % contre 24,4 %. Il n'y a pas de différence significative dans l'utilisation chronique d'antipsychotiques entre les hommes et les femmes si l'on contrôle l'âge, la dépendance, le statut BIM et la résidence.

Étant donné que toutes les autres variables restent constantes, l'utilisation chronique d'antidépresseurs est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, à savoir 50,8 % contre 46,1 %, plus élevée chez les 65-74 ans (59,6 %) par rapport aux 75-84 ans (57,1 %), aux 85-94 ans (46,7 %) et aux 95 ans et plus (36,0 %), plus élevée chez les personnes plus dépendantes que chez celles ayant moins de besoins de soins, à savoir 51,4 % contre 44,6 %, et plus élevée à Bruxelles (52,2 %) et en Wallonie (55,1 %) qu'en Flandre (40,6 %). Il n'y a pas de différence significative dans l'utilisation chronique d'antipsychotiques entre les personnes ayant et n'ayant pas le statut BIM si l'on contrôle l'âge, la dépendance, le sexe et la résidence.

Figure 4 : L'utilisation chronique des antipsychotiques et antidépresseurs selon le profil des résidents en 2024. Source: Mutualités Libres

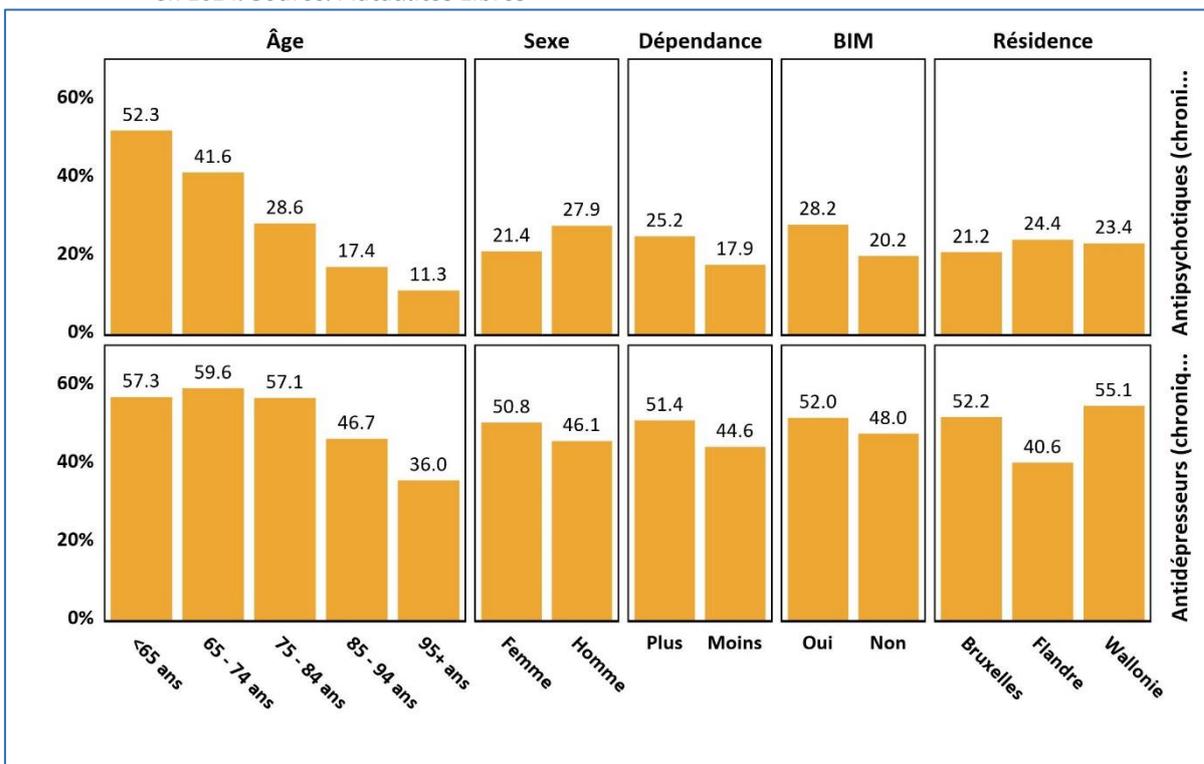
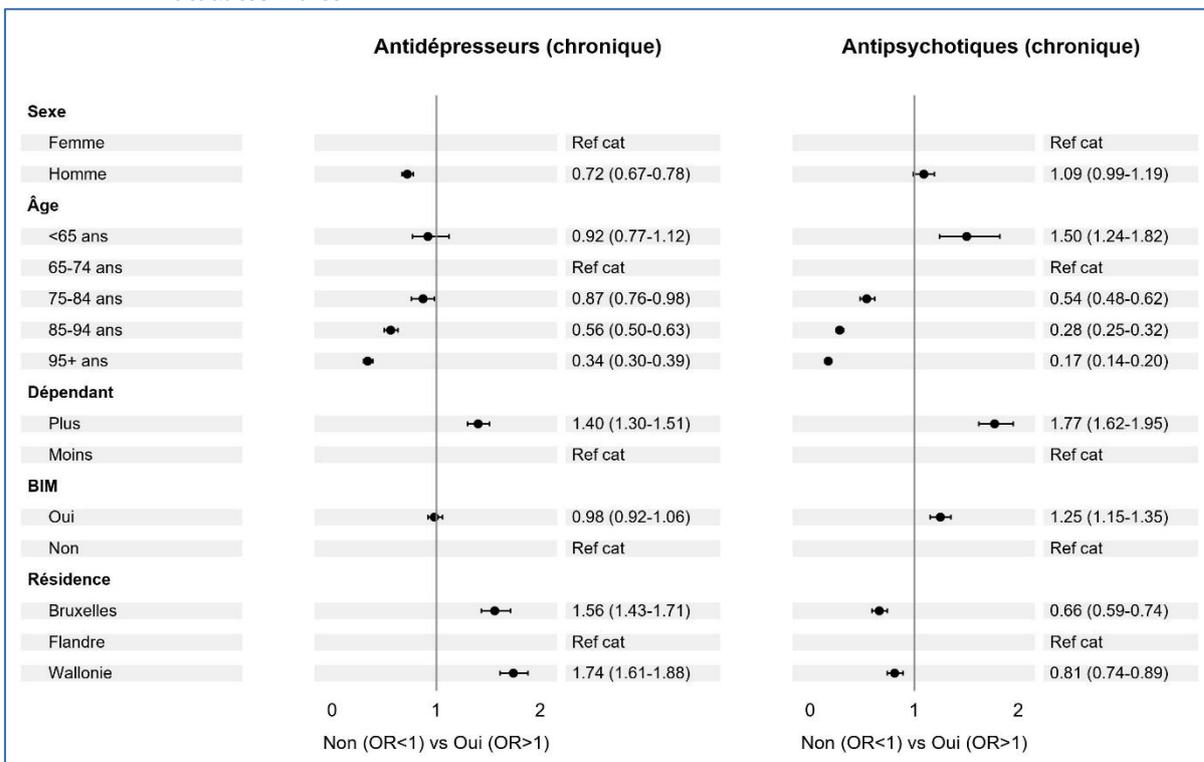


Figure 5 : Association entre l'utilisation chronique d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques et le profil des résidents des maisons de repos en 2024, présentée à l'aide des odds ratios. Source: Mutualités Libres



L'utilisation des antipsychotiques et antidépresseurs spécifiques

Les tableaux ci-dessous présentent les 10 antipsychotiques et antidépresseurs les plus couramment utilisés.

Nous constatons que 79,8 % du volume total d'antipsychotiques est constitué de quéliapine, 7,0 % d'aripiprazole et 5,8 % de rispéridone. De la quéliapine a été délivrée au moins une fois à 37,3 % des consommateurs d'antipsychotiques, de la rispéridone à 30 % et de l'halopéridol à 20,4 %.

Près de la moitié des antidépresseurs délivrés étaient de la trazodone, 18 % de la sertraline et 11,2 % de l'escitalopram. Près de 4 utilisateurs d'antidépresseurs sur 10 reçoivent au moins une fois de la trazodone, 30,4 % de l'escitalopram et 21,4 % de la mirtazapine. Les antidépresseurs tricycliques à activité anticholinergique (groupe ATC N06AA) représentent 1 % du volume total et 4,8 % des utilisateurs d'antidépresseurs ont reçu au moins l'un de ces médicaments.

Tableau 1 : les 10 médicaments les plus utilisés parmi les antipsychotiques en termes de volume

Nom	Proportion d'utilisateurs de ce médicament	Part du volume total (en DDD)
Quéliapine	37,3 %	79,8 %
Rispéridone	30,0 %	5,8 %
Halopéridol	20,4 %	0,2 %
Olanzapine	13,3 %	1,3 %
Prothipendyl	6,0 %	0,3 %
Pipampérone	4,6 %	0,2 %
Aripiprazole	4,0 %	7,0 %
Amisulpride	4,0 %	1,3 %
Clozapine	3,1 %	2,1 %
Clotiapine	2,9 %	1,2 %

Tableau 2 : les 10 médicaments les plus utilisés parmi les antidépresseurs en termes de volume

Nom	Proportion d'utilisateurs de ce médicament	Part du volume total (en DDD)
Trazodone	38,8 %	47,7 %
Escitalopram	30,4 %	11,2 %
Mirtazapine	21,4 %	4,8 %
Sertraline	16,4 %	18,0 %
Venlafaxine	8,7 %	1,6 %
Duloxétine	6,0 %	0,9 %
Paroxétine	4,9 %	4,2 %
Amitriptyline	3,6 %	0,8 %
Citalopram	2,8 %	1,7 %
Fluoxétine	2,0 %	8,9 %

L'impact de l'institutionnalisation sur la consommation chronique de médicaments

Dans cette partie, nous examinons l'impact de l'institutionnalisation sur l'utilisation d'antipsychotiques. Pour ce faire, nous comparons l'utilisation dans les 3 à 9 mois suivant l'entrée en maison de repos avec l'utilisation dans les 6 mois précédant l'entrée.

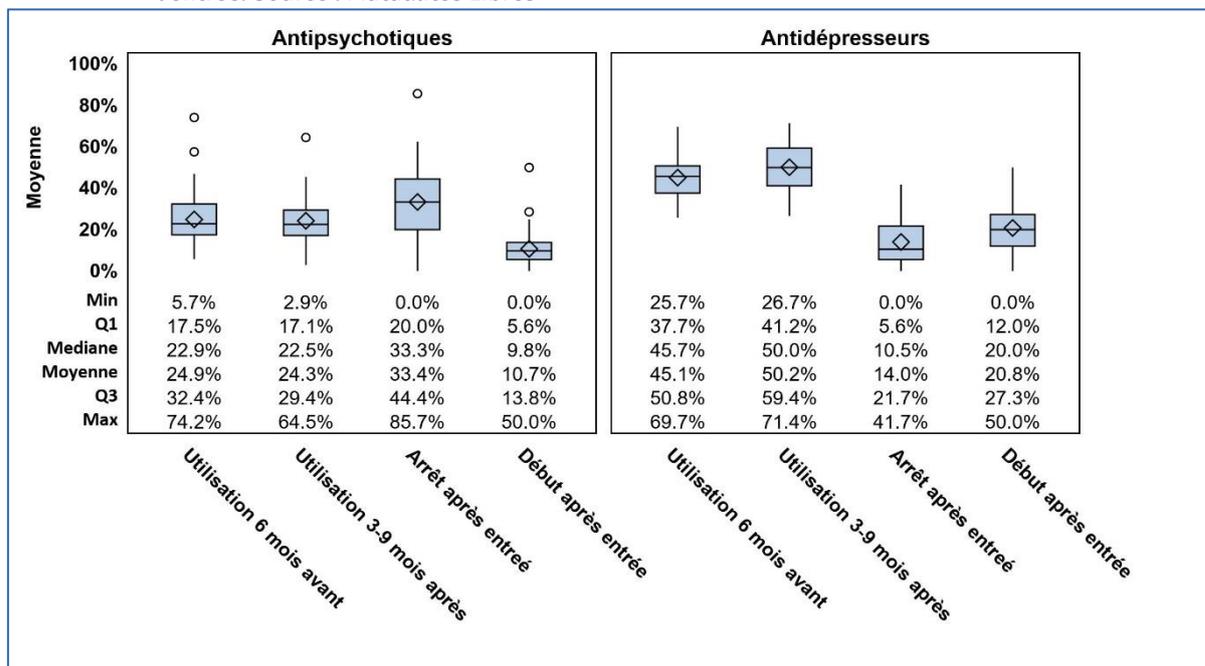
On observe une légère augmentation de la consommation totale d'antipsychotiques et d'antidépresseurs après l'entrée en maison de repos. Dans les 6 mois précédant l'entrée, 27,0 % des futurs résidents se voient délivrer des antipsychotiques et dans les 3 à 9 mois après l'entrée, cette proportion passe à 28,2 % (Tableau 3). Pour les antidépresseurs, l'utilisation passe de 43,9 % avant l'entrée à 47,2 % après l'entrée. Parmi les personnes qui prenaient déjà des antipsychotiques ou des antidépresseurs avant leur entrée, 30,0 % et 14,3 %, respectivement, arrêtent de les prendre après leur entrée. D'autre part, 12,7 % des résidents qui ne prenaient pas d'antipsychotiques avant leur entrée ont commencé à en prendre dans les 3 à 9 mois qui ont suivi, et 17,2 % pour les antidépresseurs.

La Figure 6 montre qu'il existe également de grandes variations parmi les 38 MRS ayant au moins 30 nouvelles entrées en termes d'utilisation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs et de proportion de personnes commençant ou arrêtant ces médicaments après leur entrée. Cette analyse ne porte que sur 38 MRS et les moyennes indiquées ne correspondent donc pas tout à fait aux moyennes du tableau 3.

Tableau 3 : Prévalence et incidence de l'utilisation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques dans les 6 mois précédant l'entrée et dans les 3 à 9 mois suivant l'entrée en maison de repos. Source : Mutualités Libres

	6 mois avant l'entrée	3-9 mois après l'entrée	Début	Arrêt
Antipsychotiques	27,0 %	28,2 %	12,7 %	30,0 %
Antidépresseurs	43,9 %	47,3 %	17,2 %	14,3 %

Figure 5 : Variation entre 38 MRS en ce qui concerne l'utilisation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs chez les nouveaux résidents dans les 6 mois précédant l'entrée et dans les 3 à 9 mois suivant l'entrée. Source : Mutualités Libres



05 Discussion

L'utilisation d'antipsychotiques

L'utilisation d'antipsychotiques a diminué légèrement mais significativement entre 2017 et 2024, mais en 2024, près de 1 résident sur 3 reçoit encore un antipsychotique au moins une fois. L'utilisation chronique d'antipsychotiques n'a pas diminué de manière significative entre 2017 et 2024. En 2024, plus de 1 résident sur 5 se trouve sous traitement antipsychotique chronique. Ainsi, l'utilisation chronique est beaucoup plus élevée chez les personnes âgées vivant dans des maisons de repos que dans l'ensemble de la population âgée de 80 ans et plus (1,36 %) [25]. Dans une revue systématique de 2016, la Belgique est apparue comme l'un des pays d'Europe occidentale avec la consommation la plus élevée d'antipsychotiques et d'antidépresseurs en maisons de repos [16].

Les facteurs associés à l'utilisation chronique d'antipsychotiques dans les maisons de repos sont l'âge (les résidents plus jeunes sont plus à risque), la dépendance (les résidents plus dépendants sont plus à risque), le droit à l'intervention majorée et le fait de vivre en Flandre. Une étude antérieure a également identifié l'âge (risque plus élevé pour les personnes âgées de moins de 80 ans), la démence, l'insomnie et la dépression comme des facteurs de risque [26]. Des niveaux élevés de prescription inappropriée d'antipsychotiques ont également été identifiés, notamment à l'aide des critères de Beers et des critères du Screening Tool of Older People's Prescriptions (STOPP).

Bien que seuls l'halopéridol et la rispéridone soient retenus comme molécules dans le Formulaire Soins aux personnes âgées du CBIP, on constate qu'ils ne représentent que 50 % du nombre total d'utilisateurs auxquels des antipsychotiques ont été prescrits. Pour la quétiapine et l'olanzapine, dont l'utilisation dans le cadre des troubles du comportement dans la démence est en outre « off-label », cela concerne respectivement 37,3 % et 13,3 % des utilisateurs. De plus, la somme des proportions dépasse largement les 100 %, ce qui implique qu'une partie des résidents s'est vu prescrire plus d'une molécule au cours d'une année donnée, que ce soit simultanément ou non (hors du champ de l'étude).

L'utilisation d'antidépresseurs

Entre 2017 et 2024, l'utilisation d'antidépresseurs n'évolue pas et reste donc à un niveau élevé. Plus de la moitié des résidents reçoivent des antidépresseurs au moins une fois en 2024. L'utilisation chronique d'antidépresseurs ne diminue pas non plus de manière significative. Dans une revue systématique de 2016, la Belgique est apparue comme l'un des pays d'Europe occidentale avec la consommation la plus élevée d'antidépresseurs en maisons de repos [16].

Les facteurs associés à l'utilisation chronique d'antidépresseurs sont l'âge (les jeunes résidents sont plus à risque), le fait d'être une femme, la dépendance aux soins (les résidents plus dépendants sont plus à risque), le droit à l'intervention majorée et le fait de vivre à Bruxelles ou en Wallonie.

La sertraline, prescrite à 16,4 % des utilisateurs d'antidépresseurs, est maintenue dans le Formulaire Soins aux personnes âgées en tant que médicament de premier choix pour le traitement de la dépression. Dans le top 10 des molécules prescrites, un autre ISRS, l'escitalopram, arrive en deuxième position.

Environ 1 résident sur 20 a reçu des antidépresseurs tricycliques ayant des effets anticholinergiques (groupe ATC N06AA). Les antidépresseurs tricycliques sont moins recommandés chez les personnes âgées en raison du risque plus élevé d'effets secondaires anticholinergiques indésirables (bouche sèche, constipation, rétention urinaire, troubles de la vision, confusion). La nortriptyline, premier choix en cas de contre-indication aux ISRS, ne figure pas dans le top 10.

Il est frappant de constater que du trazodone était prescrit à près de 4 utilisateurs d'antidépresseurs sur 10. On peut supposer qu'il s'agit en grande partie d'une utilisation « off-label » dans le cadre de troubles du sommeil, étant donné qu'il s'agit d'un antidépresseur sédatif. Cependant, en raison du manque de preuves scientifiques et des effets indésirables, l'utilisation d'antidépresseurs sédatifs n'est pas recommandée dans la directive du Groupe de travail Développement de Guides de pratique de Première Ligne « [Prise en charge des problèmes de sommeil et de l'insomnie chez l'adulte en première ligne](#) ».

Variation entre maisons de repos

En ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques et l'impact de l'institutionnalisation sur la consommation de médicaments, nous constatons de grandes différences entre les maisons de repos. De grandes

différences entre les maisons de repos en ce qui concerne l'utilisation d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques ont notamment déjà été observées aux Pays-Bas et en Norvège [19], [20]. Plusieurs explications sont suggérées. Dans les maisons de repos dans lesquels un médecin généraliste spécialisé en gériatrie est actif, la prescription d'antipsychotiques était plus faible [26]. Dans les maisons de repos où la satisfaction à l'égard des activités récréatives ou du personnel est faible, l'utilisation d'antipsychotiques est plus élevée [19]. Fog et ses collègues expliquent cette variation en partie par des différences dans les pratiques locales de prescription et recommandent, entre autres, l'introduction de bilans pharmaceutiques multidisciplinaires [27]. Dans les maisons de repos australiens, l'introduction de la révision médicamenteuse a entraîné une diminution de la consommation d'antidépresseurs, mais seulement une diminution négligeable de la consommation d'antipsychotiques [28].

Deschodt, Tournoy et Van der Linden notent que jusqu'à présent, la prescription de médicaments est presque entièrement un acte purement médical et qu'il incombe donc en dernier ressort aux médecins de poser des indications, d'assurer un suivi et de réduire ou d'arrêter à nouveau la médication [29]. Toutefois, les auteurs préconisent une approche pluridisciplinaire dans les maisons de repos, incluant des médecins généralistes, Médecin coordinateur et conseiller, infirmiers, pharmaciens, équipes de soins paramédicaux et directions.

De fortes variations entre les maisons de repos en ce qui concerne l'utilisation (chronique) d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques, ainsi que l'impact de l'institutionnalisation, suggèrent que les maisons de repos jouent également un rôle important. Cependant, nous n'avons pu inclure qu'un nombre limité de maisons de repos dans cet exercice et nous ne disposons pas de données suffisantes pour le vérifier en ce qui concerne le profil des résidents. Il serait donc instructif de réaliser le même exercice sur l'ensemble de la population des résidents des maisons de repos en Belgique.

L'impact de l'institutionnalisation sur la consommation de médicaments

Lors de l'entrée en maison de repos, un traitement chronique par antidépresseurs est instauré chez près de 1 résident sur 5 et un traitement par antipsychotiques chez près de 1 résident sur 8. Comme nous l'avons écrit dans une étude précédente : l'admission est un point de décision [18]. Pour les personnes entrées en maison de repos entre 2020 et 2022, nous avons également pu constater dans une étude récente que l'utilisation d'antipsychotiques a augmenté de manière significative dans les 3 à 9 mois suivant l'admission par rapport aux 6 mois précédant l'admission, passant de 28,2 % à 29,6 % [18].

Une analyse réalisée en 2011 par les Mutualités Libres a déjà montré que dans les 6 mois suivant l'admission, la consommation d'antidépresseurs (de 37 % à 49 %) et la consommation d'antipsychotiques (de 16 % à 29 %) augmentent fortement par rapport aux 6 mois précédant l'admission [21]. Il a également été constaté que 28 % des personnes âgées qui ne prenaient pas d'antidépresseurs avant leur admission et 20 % des personnes âgées qui ne prenaient pas d'antipsychotiques avant leur admission ont commencé à en prendre dans les 6 mois suivant leur admission. Ceci

signifie que 1 consommateur d'antidépresseurs sur 3 (36 %) et près de 6 consommateurs d'antipsychotiques sur 10 (57 %) n'ont commencé à en prendre qu'après leur admission en maison de repos.

Sevrage

Après l'entrée en maison de repos, la prise d'antipsychotiques a été interrompue chez 30 % des utilisateurs et la prise d'antidépresseurs chez 14,3 % d'entre eux. Bien que ceci indique un certain degré de *déprescription*, nous ne savons pas dans quelle mesure cette pratique est structurellement ancrée dans les politiques de soins des maisons de repos. Les infirmiers jouent souvent un rôle central aux côtés des médecins dans l'initiation et la poursuite de la prise de psychotropes, mais ils considèrent la diminution progressive de ce traitement comme une difficulté [22]. L'arrêt progressif est largement encouragé, bien que les études montrent des résultats variables, indiquant des obstacles spécifiques au contexte et des différences dans la mise en œuvre [10], [11], [12].

Le Formulaire Soins aux personnes âgées fournit des recommandations claires, telles que l'arrêt progressif des antipsychotiques en cas d'amélioration du comportement, en combinaison avec une intervention non médicamenteuse [30]. Pourtant, ces directives ne semblent pas être appliquées de manière systématique. En ce qui concerne les antidépresseurs, il semble que les médecins soient souvent réticents à réduire progressivement leur utilisation chronique, en partie par crainte d'une détérioration clinique ou par réticence à en discuter avec les infirmiers ou les proches [31]. D'autre part, il existe également des facteurs qui peuvent faciliter la *déprescription*, tels que l'altération de l'état de santé, la démence, les événements positifs de la vie ou l'initiative du patient [31], [32].

06 Recommandations

Afin de réduire l'utilisation élevée de psychotropes dans les maisons de repos et de parvenir à une utilisation plus judicieuse des psychotropes, nous proposons des recommandations selon trois axes : la prévention/l'aide psychologique, la politique en matière de psychotropes et la politique globale.

Prévention et aide psychologique accessible

- Renforcer les professionnels des soins et du bien-être qui travaillent avec les personnes âgées pour discuter de la santé mentale, reconnaître les problèmes à temps et fournir une aide appropriée avec l'aide des acteurs existants ayant une expertise (réseaux de soins de santé mentale, centres de santé mentale...)
- Promouvoir l'expertise en termes de connaissances et de compétences au sein de la formation de base et de la formation continue.
- Pour guider les patients vers l'aide appropriée, il est important d'avoir une bonne connaissance de l'aide disponible et des prestataires de soins à proximité.

- Informer les personnes âgées et leurs proches sur les aspects du bien-être mental, les problèmes psychiques courants, les approches non médicamenteuses et les risques d'un usage inconsidéré des médicaments psychoactifs.
- Fournir une offre facilement accessible d'aide psychologique aux résidents et à leurs proches sur la base d'un cadre interfédéral d'accords et de financement.
- Points d'attention complémentaires aux recommandations ci-dessus :
 - l'impact significatif du moment de l'admission dans une maison de repos (et de soins)
 - la création d'offres mixtes individuelles et de groupe

La politique en matière de psychotropes comme fondement d'une utilisation judicieuse des médicaments

- Développer une politique en matière de psychotropes - soutenue par les directives et les outils existants - au niveau de chaque maison de repos, par exemple en utilisant la feuille de route du VAD [15]. Il s'agit d'un ensemble cohérent d'accords sur la manière dont l'organisation gère les médicaments psychoactifs.
- Les éléments importants d'une politique en matière de psychotropes, outre ceux déjà mentionnés en termes de prévention et de soins, sont les suivants :
 - Concertation locale sur l'utilisation judicieuse des psychotropes au sein de la MRS
 - Concertation entre l'équipe soignante (médecin, pharmacien, infirmier...) autour d'un traitement pharmacologique individuel impliquant le patient et ses proches
 - Suivi de l'utilisation des médicaments et des résultats cliniques au niveau des MRS grâce à une meilleure utilisation des données
- Attribuer à chacun des acteurs clés un rôle et une responsabilité clairs dans la politique en matière de psychotropes
 - Médecin coordinateur et conseiller (MCC) : rôle clé dans l'élaboration de la politique médicale et pharmacologique
 - Pharmacien : politique pharmacologique
 - Infirmiers MRS : lien avec les résidents individuels en termes de besoins de soins et de planification des soins
 - Médecins généralistes : soins et gestion des dossiers au niveau des résidents
 - Psychologue/Orthopédagogue : aspects des soins en matière de santé mentale
 - Gestionnaires de la maison de repos : processus et évaluation de la politique implémentée

Recommandations de politique générale

- Disposer dans les maisons de repos d'un personnel suffisant et bien soutenu, particulièrement en matière de bien-être, permet de créer les conditions préalables nécessaires à des soins de qualité et chaleureux pour les résidents.
- Encourager l'implication des résidents dans la gestion quotidienne des MRS. La méthode Tubbe, centrée sur la codétermination et les soins basés sur la relation, constitue un modèle à cet égard. L'attention portée à l'implication des résidents doit figurer parmi les critères de financement des MRS.
- Organiser systématiquement des activités qui favorisent le bien-être mental et la résilience des résidents, en fonction de leurs besoins (évolutifs).
- Développer le rôle du pharmacien coordinateur et conseiller. En Flandre, les premières mesures ont été prises dans le décret flamand de 2019 sur les soins résidentiels. Ce pharmacien, en collaboration avec le MCC et la maison de repos, contribuerait à l'élaboration de la politique pharmaceutique dans le cadre de la politique médicale.

07 Références

- [1] Vlaamse ouderenraad, “Advies 2021/3 - Advies over de beleidsuitdagingen rond psychisch welzijn op oudere leeftijd,” Brussel, Nov. 2021.
- [2] Sciensano, “Belhealth,” Sciensano. Accessed: May 08, 2025. [Online]. Available: <https://healthinformation.sciensano.be/shiny/belhealth/>
- [3] IMA, “Antidepressiva in België.” Accessed: May 13, 2025. [Online]. Available: <https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie>
- [4] IMA, “Gebruik van antipsychotica in België.” Accessed: May 13, 2025. [Online]. Available: <https://ima-aim.be/Gebruik-van-antipsychotica-in-376>
- [5] BCFI, “Antipsychotica.” Accessed: Apr. 08, 2025. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11>
- [6] BCFI, “Antipsychotica bij dementie: meer risico’s dan gedacht?,” *Folia Pharmacotherapeutica*, vol. 51, no. 12, Dec. 2024, Accessed: Apr. 23, 2025. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/articles/4459.pdf?folia=4453&version=long>
- [7] Yorkshire and the Humber Clinical Network and London Clinical Network NHS England, “Appropriate prescribing of antipsychotic medication in dementia,” London, Sep. 2022.
- [8] American Psychiatric Association, *The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia*. American Psychiatric Association, 2016. doi: 10.1176/appi.books.9780890426807.
- [9] BCFI, “Deprescribing van antipsychotica,” *Formularium Ouderenzorg*. Accessed: Apr. 23, 2025. [Online]. Available: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/665>
- [10] F. Harrison *et al.*, “Prolonged use of antipsychotic medications in long-term aged care in Australia: A snapshot from the HALT project,” *Int Psychogeriatr*, vol. 32, no. 3, pp. 335–345, Mar. 2020, doi: 10.1017/S1041610219002011.
- [11] A. Szczepura *et al.*, “Antipsychotic prescribing in care homes before and after launch of a national dementia strategy: an observational study in English institutions over a 4-year period,” *BMJ Open*, vol. 6:e009882., 2016, doi: 10.1136/bmjopen-2015.
- [12] J. Lühnen, T. Richter, S. Calo, G. Meyer, S. Köpke, and R. Möhler, “Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents,” Aug. 31, 2023, *John Wiley and Sons Ltd*. doi: 10.1002/14651858.CD008634.pub3.
- [13] BCFI, “Antidepressiva.”
- [14] BCFI, “Depressieve stoornissen,” *Formularium Ouderenzorg*. Accessed: Apr. 23, 2025. [Online]. Available: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main>
- [15] VAD, “Ouderen (55+) en psychoactieve medicatie,” Brussel, 2022. Accessed: May 13, 2025. [Online]. Available: https://vad.be/content/uploads/2025/01/Visietekst_Ouderen-en-psychoactieve-medicatie.pdf
- [16] S. I. M. Janus, J. G. Van Manen, M. J. Ijzerman, and S. U. Zuidema, “Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes,” *Int Psychogeriatr*, vol. 28, no. 11, pp. 1775–1790, 2016, doi: 10.1017/S1041610216001150.
- [17] A. De Bleser, “Gebruik van antipsychotica in woonzorgcentra 2024,” Brussel, Mar. 2024. [Online]. Available: www.ima-aim.be.
- [18] I. Vandenberghe, W. Kestens, L. Bruyneel, L. Van der Linden, and J. Tournoy, “Patterns of Antipsychotic Use in Belgian Nursing Homes 2017-2022: Admission is a Decision Point,” *J Am Med Dir Assoc*, vol. 25, no. 10, Oct. 2024, doi: 10.1016/j.jamda.2024.105222.
- [19] B. C. Kleijer *et al.*, “Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia,” *Int Psychogeriatr*, vol. 26, no. 3, pp. 363–371, 2014, doi: 10.1017/S1041610213002019.
- [20] A. F. Fog, I. Mdala, K. Engedal, and J. Straand, “Variation between nursing homes in drug use and in drug-related problems,” *BMC Geriatr*, vol. 20, no. 1, pp. 1–9, 2020, doi: 10.1186/s12877-020-01745-y.

- [21] G. Karakaya, C. Huyghebaert, and E. Macken, "Analyse de la consommation de médicaments en maison de repos," Brussel, België, 2011.
- [22] S. L. Harrison *et al.*, "The dispensing of psychotropic medicines to older people before and after they enter residential aged care," *Medical Journal of Australia*, vol. 212, no. 7, pp. 309–313, 2020, doi: 10.5694/mja2.50501.
- [23] Yorkshire and the Humber Clinical Network and London Clinical Network NHS England, "Appropriate prescribing of antipsychotic medication in dementia," London, Sep. 2022.
- [24] V. I. Reus *et al.*, "The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia," American Psychiatric Association, May 2016. doi: 10.1176/appi.books.9780890426807.
- [25] L. Vandenthoren, R. Saerens, G. Karakaya, K. Van Der Cruyssen, and M. De Backer, "Evoluties in mentale gezondheid," Brussel, 2024. Accessed: May 19, 2025. [Online]. Available: <https://www.mloz.be/sites/default/files/ressources/Studie%20document%20-%20Evoluties%20in%20mentale%20gezondheid.pdf>
- [26] M. Azermai, M. Elseviers, M. Petrovic, L. van Bortel, and R. Vander Stichele, "Assessment of antipsychotic prescribing in Belgian nursing homes.," *International psychogeriatrics / IPA*, vol. 23, no. 8, pp. 1240–1248, 2011, doi: 10.1017/S104161021100024X.
- [27] A. F. Fog, I. Mdala, K. Engedal, and J. Straand, "Variation between nursing homes in drug use and in drug-related problems," *BMC Geriatr*, vol. 20, no. 1, pp. 1–9, 2020, doi: 10.1186/s12877-020-01745-y.
- [28] J. K. Sluggett *et al.*, "Medicines use before and after comprehensive medicines review among residents of long-term care facilities: a retrospective cohort study," *BMC Geriatr*, vol. 22, no. 1, pp. 1–15, 2022, doi: 10.1186/s12877-022-03187-0.
- [29] M. Deschodt, J. Tournoy, and L. Vanderlinden, "Te veel antipsychotica in woonzorgcentra: 'Vergeet de rol van de arts niet.'" Accessed: Feb. 16, 2023. [Online]. Available: <https://sociaal.net/opinie/antipsychotica-in-woonzorgcentra-vergeet-de-rol-van-de-arts-niet/>
- [30] BCFI, "Haloperidol." Accessed: Apr. 10, 2025. [Online]. Available: https://farmaka.bcfi.be/nl/geneesmiddelen/geneesmiddel/217?search_term=haloperidol
- [31] E. Van Leeuwen, S. Anthierens, M. L. van Driel, A. I. M. De Sutter, E. van den Branden, and T. Christiaens, "General practitioners' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants in nursing homes," *European Journal of General Practice*, vol. 28, no. 1, pp. 23–31, 2022, doi: 10.1080/13814788.2022.2038131.
- [32] E. Van Leeuwen, S. Anthierens, M. L. van Driel, A. De Sutter, E. van den Branden, and T. Christiaens, "'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants," *Scand J Prim Health Care*, vol. 39, no. 4, pp. 533–542, 2021, doi: 10.1080/02813432.2021.2006487.



Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, juillet 2025
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Les Mutualités Libres regroupent :

