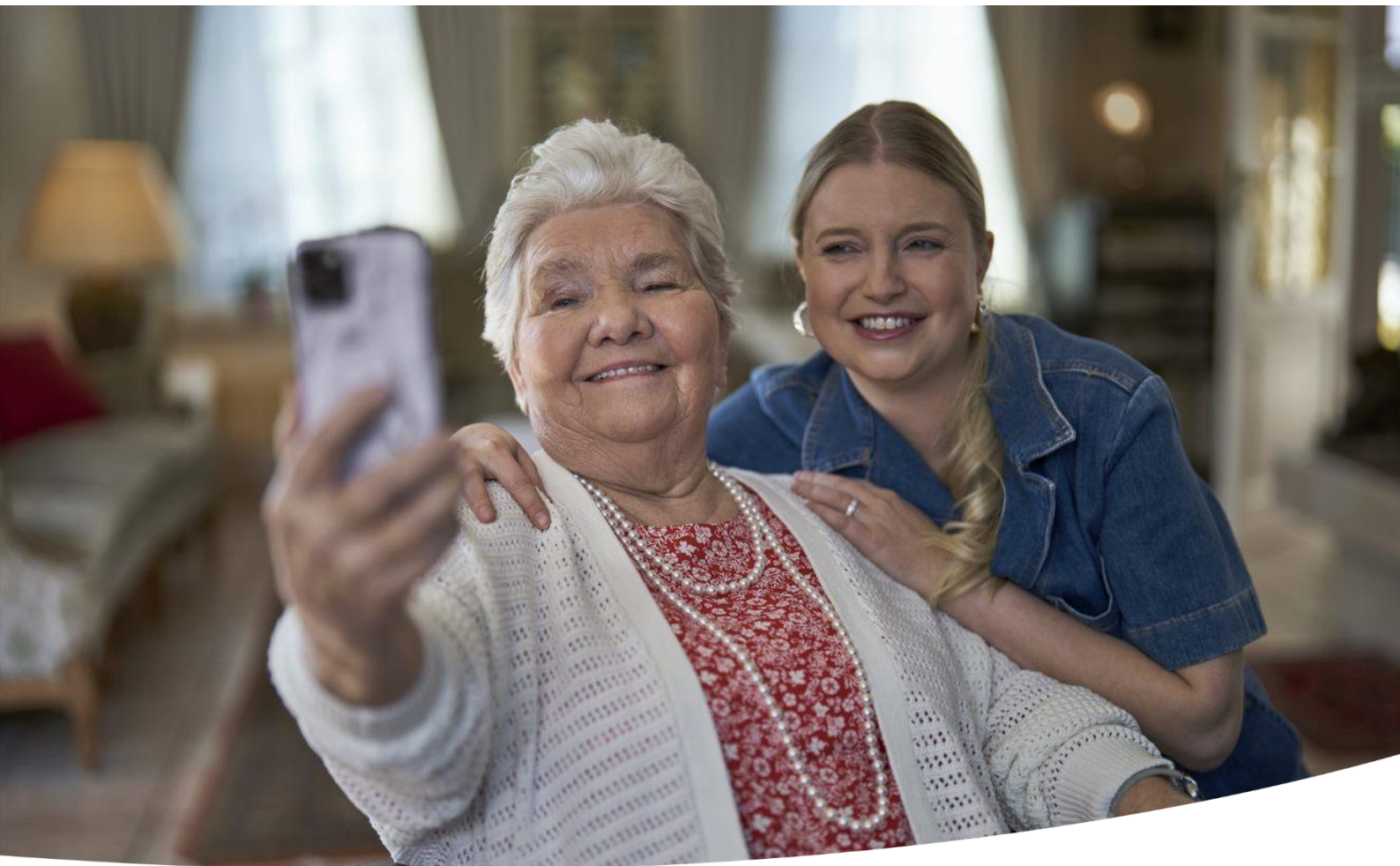


Consommation de médicaments en maison de repos: une analyse longitudinale



Une actualisation de l'étude de 2013

Didier Willaert, Leila Maron & Jérôme Vrancken

Juin 2023

www.solidaris.be

 **Solidaris**

Table des matières

1	Introduction	4
2	Données & méthodologie.....	5
2.1	Données	5
2.2	Méthodologie	6
2.2.1	Analyse longitudinale.....	6
2.2.2	Sélection des médicaments.....	7
2.3	Points d'attention en comparaison avec l'étude de 2013.....	9
3	Analyse longitudinale de la consommation de médicaments en maison de repos 10	
3.1	Consommation globale de médicaments avant et après l'entrée en maison de repos.....	10
3.2	Polymédication avant et après l'entrée en maison de repos	12
3.3	Population sous traitement pour les molécules sélectionnées avant et après l'entrée en maison de repos.....	13
4	Conclusion	17
5	Recommandations.....	18
	Bibliographie	20

Table des figures

Figure 1 : Entrée en maison de repos - période analysée 2020-2021	6
Figure 2 : Affiliés (en %) sous traitement avant et après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021	16

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques des affiliés de 70 ans et plus selon le moment de l'entrée en maison de repos, avant 2021 versus durant les six premiers mois de 2021	7
Tableau 2 : Molécules sélectionnées pour les personnes âgées de 70 ans et plus (nombre d'affiliés et DDD), 2021	8
Tableau 3: Consommation par type de médicaments pour les personnes âgées de 70 ans et plus et pour celles de moins de 70 ans (nombre et % de DDD), 2021	9
Tableau 4 : Délivrance de DDD six mois avant et six mois après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021	12
Tableau 5 : Distribution des affiliés selon le nombre de systèmes (ATC-1er niveau) traités par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2020-2021	13
Tableau 6 : Distribution des affiliés selon le nombre de systèmes (ATC-4ème niveau) traités par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2020-2021	13
Tableau 7 : Nombre et proportion de personnes sous traitement avant et après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021	14
Tableau 8 : Nombre et pourcentage de personnes sous traitement avant et après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021	15

1 Introduction

En matière de soins de santé, les médicaments ont toujours constitué un sujet de préoccupation dans notre pays, que ce soit pour des raisons de santé publique et de questions liées à la surconsommation de certains types de médicaments, mais aussi pour des raisons budgétaires et d'accessibilité aux soins.

Le Belge dépense ainsi en moyenne 598 dollars¹ pour ses médicaments (dont 513 dollars pour les médicaments prescrits²) en 2019 ; notre pays se situant parmi le top 10 des pays européens de l'OCDE qui dépensent le plus pour ce poste de dépenses de santé alors que la moyenne est de 571 dollars au niveau de l'ensemble des pays de l'OCDE (OCDE-33)³. Comme les autres dépenses de santé, cette consommation de médicaments⁴ se concentre principalement sur la population âgée : un médicament sur quatre est consommé par les personnes âgées de 75 ans et plus⁵, ces dernières représentant 8% de la population⁶. La question de la consommation de médicaments des personnes âgées est d'autant plus importante compte tenu du vieillissement de la population qui aura pour impact d'augmenter cette consommation. Il est donc primordial de surveiller la consommation de médicaments chez les personnes âgées.

Plus spécifiquement, un certain nombre d'études⁷ se sont attachées à étudier la consommation de médicaments des personnes âgées, en particulier celles résidant en maison de repos dans la mesure où elles semblent concentrer une part plus importante des dépenses. Outre une consommation élevée, surtout d'antidépresseurs et d'antipsychotiques, ces études mettaient 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. Mais ces recherches étaient principalement basées sur une comparaison de la consommation des personnes âgées résidant à domicile et en maison de repos sans tenir compte du fait que les profils de ces deux populations sont sensiblement différents.

Solidaris s'est ainsi penché sur cette question il y a dix ans en analysant la consommation de médicaments en maison de repos pour nuancer ces recherches⁸. Nous avons ainsi montré qu'il y avait proportionnellement plus de personnes âgées en maison de repos, plus de femmes, plus de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)⁹ et de malades chroniques et que le taux de mortalité était cinq fois plus grand en maison de repos. Nous avons par ailleurs objectivé la situation en analysant la consommation de médicaments de manière longitudinale, c'est-à-dire en suivant une cohorte d'affiliés de 70 ans et plus six mois avant et six mois après leur entrée en maison de repos afin d'étudier leur consommation de médicaments au cours du temps et de pouvoir isoler la part de la consommation liée à l'institutionnalisation.

¹ Mesurés en parité de pouvoir d'achat (PPA).

² A l'exception des médicaments prescrits dans le cadre d'une hospitalisation.

³ OCDE (2021).

⁴ Cette consommation est mesurée en dose quotidienne de traitement. La dose journalière définie (Definely Daily Dose) est une unité définie par l'Organisation mondiale de la santé, et correspond à la dose de traitement pour un jour d'un médicament pour l'indication principale chez les adultes (voir le [site web de l'OMS](#)).

⁵ KCE (2006).

⁶ Solidaris (2022).

⁷ ANMC (2011), KCE (2006), Cornelis (2007).

⁸ Boutsen, Maron, Vrancken (2013), « Consommation de médicaments en maison de repos : une analyse longitudinale », UNMS - Direction Etudes, p. 19.

⁹ Les personnes ayant droit à une intervention majorée bénéficient d'un remboursement plus élevé des frais de santé. Ce droit peut être obtenu de trois manières différentes : (1) en percevant une prestation sociale spécifique (revenu d'intégration, garantie de revenu pour les personnes âgées, allocation pour les personnes handicapées, supplément pour un enfant présentant un handicap reconnu d'au moins 66 %), (2) en tant que mineur étranger non accompagné ou orphelin, et (3) en ayant un revenu inférieur à un seuil limite.

Cette étude a pour objectif d'actualiser l'analyse réalisée il y a dix ans sur base des données récentes disponibles, en examinant la consommation de médicaments d'une cohorte de plus de 3.700 affiliés Solidaris âgés de 70 ans et plus entrés en maison de repos au 1^{er} semestre 2021, six mois avant et six mois après leur institutionnalisation.

Il s'agit de répondre aux trois questions principales suivantes :

- Comment évolue la consommation de médicaments suite à l'institutionnalisation ?
- Y a-t-il une augmentation ou une diminution en termes de polymédication, à savoir au niveau du nombre de médicaments différents consommé par affilié ?
- Quels sont les changements (initiation, arrêt, poursuite d'un traitement) par type de médicaments (10 types de médicaments ont été distingués) ?

2 Données & méthodologie

2.1 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 Solidaris¹⁰ en 2020 et 2021, 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 publiques et passant par les mutualités dans le cadre du remboursement des médicaments dans le secteur ambulatoire. Cette base de données reprend ainsi les médicaments délivrés par les pharmacies publiques qui sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire (les médicaments non remboursables, tels que les somnifères ou les calmants, n'y sont donc pas repris).
- 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. Cette base de données reprend donc les médicaments délivrés par les hôpitaux (tant aux patients hospitalisés qu'en ambulatoire) qui sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

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 au cours du premier semestre 2021, deux affiliés sur trois 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 ATC¹¹) à chaque patient et le nombre de doses quotidiennes de traitement délivrées (DDD). La présente étude ne prend donc en compte que les personnes ayant consommé au moins un médicament sur la période étudiée.

¹⁰ En chiffres absolus, cela concerne environ 3,3 millions d'affiliés (28,5% de l'ensemble de la population affiliée à une mutualité en Belgique).

¹¹ 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.

Pour identifier les affiliés qui sont entrés en maison de repos, nous vérifions s'il y a eu la facturation d'un forfait par l'assurance maladie¹². Les données utilisées sont actuellement disponibles pour la Flandre et la Wallonie mais pas pour Bruxelles. L'analyse ne concerne donc que les affiliés résidant en maison de repos en Flandre ou en Wallonie (à l'exclusion des centres de soins résidentiels situés dans les Cantons de l'Est).

2.2 Méthodologie

2.2.1 Analyse longitudinale

Afin de cerner au mieux l'impact d'entrer en maison de repos, nous étudions la consommation de médicaments des affiliés de 70 ans et plus de Solidaris avant et après leur institutionnalisation. Nous réalisons ainsi une analyse longitudinale en suivant la cohorte de personnes âgées entrées pour la première fois en maison de repos durant le premier semestre 2021 (entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2021)¹³ et comparons deux périodes (Figure 1) :

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

Figure 1 : Entrée en maison de repos - période analysée 2020-2021



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

Parmi l'ensemble des affiliés entrant pour la première fois en maison de repos durant le premier semestre 2021, nous ne prenons en compte que les affiliés de 70 ans et plus (au 31/12/2020) présents dans nos données six mois avant et six mois après leur entrée en maison de repos¹⁴. Cela représente un total de 3.747 affiliés entrés en maison de repos en Wallonie ou en Flandre au cours du 1^{er} semestre 2021.

Hormis l'âge, il ressort que les caractéristiques de l'échantillon des affiliés entrés en maison de repos au cours du 1^{er} semestre de l'année 2021 sont quelque peu différentes de celles des affiliés qui

¹² Les séjours de courte durée dans les maisons de repos ont été exclus.

¹³ Dans l'analyse, nous considérons les séjours dans les maisons de repos et de soins (MRS) ainsi que dans les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), à l'exclusion des séjours de courte durée. Par ailleurs, afin de ne pas biaiser la consommation de médicaments, nous excluons de l'analyse les personnes décédées avant le 30 juin 2021.

¹⁴ Soit les personnes qui ont 70 ans ou plus au 31/12/2020, affiliés chez Solidaris au 30/6/2020, 31/12/2021, 30/6/2021 et 31/12/2021, et qui ne sont pas décédées avant le 1^{er} janvier 2022.

résidaient déjà en maison de repos (Tableau 1). La proportion de femmes et de BIM¹⁵ est légèrement inférieure parmi les résidents récents. L'écart est plus important en ce qui concerne la proportion de personnes souffrant de maladies chroniques (58% contre 82%)¹⁶. On constate en effet que la proportion de malades chroniques augmente avec le nombre d'année passées en maison de repos, passant de 63% parmi les résidents séjournant en maison de repos depuis moins de un an à 93% pour ceux y séjournant depuis plus de quatre ans ; ce qui peut refléter un état de santé plus dégradé. Cela peut en partie expliquer pourquoi la proportion de malades chroniques est nettement plus élevée parmi les résidents entrés en maison de repos avant 2021 par rapport à ceux arrivés au courant du 1^{er} semestre 2021. A titre d'information, 37% des affiliés à domicile sont malades chroniques.

Tableau 1: Caractéristiques des affiliés de 70 ans et plus selon le moment de l'entrée en maison de repos, avant 2021 versus durant les six premiers mois de 2021

Caractéristique sociodémographique	Affiliés entrés en maison de repos avant 2021	Affiliés entrés en maison de repos en 2021 (1 ^{er} semestre)
Age moyen	85 ans	84 ans
% Femmes	76%	71%
% BIM	56%	45%
% Malades chroniques	82%	58%

Source : Solidaris

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

- Le nombre moyen de DDD délivrées ;
- La polymédication¹⁷, en examinant le nombre de systèmes traités sur base de la classe ATC-1^{er} niveau mais également le nombre de classes thérapeutiques délivrées sur base de la classe ATC-4^{ème} niveau ;
- Les affiliés sous traitement (soit le pourcentage des affiliés ayant reçu un traitement d'au moins 30 DDD) en distinguant pour une sélection de 10 molécules (voir ci-dessous).

2.2.2 Sélection des médicaments

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 (Tableau 2) :

- 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 2021 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 : (a) les antidépresseurs et les antipsychotiques dont la plus forte consommation en maison de repos a été mise en évidence dans la littérature ; (b) les antibiotiques qui sont relativement fort délivrés alors qu'ils peuvent être responsables du développement de la résistance bactérienne en cas de trop

¹⁵ Ce statut est octroyé aux personnes à bas revenus et leur permet de bénéficier d'un remboursement majoré des soins de santé et d'autres avantages.

¹⁶ A noter que ces pourcentages sont différents de ceux repris dans l'ancienne étude (données 2011) suite au changement de réglementation étant donné que le statut « affection chronique » n'a été créé qu'en 2013.

¹⁷ 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.

grande consommation ; (c) les anti-inflammatoires qui sont souvent prescrits à la place d'antidouleurs alors qu'ils peuvent avoir un impact négatif sur les reins ; (d) les antidouleurs car la douleur chronique est souvent insuffisamment ou mal traitée chez les personnes âgées et finalement, (e) les hypoglycémiant 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 2 (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 177.576.568 DDD délivrées à 322.218 affiliés en 2021.

Tableau 2 : Molécules sélectionnées pour les personnes âgées de 70 ans et plus (nombre d'affiliés et DDD), 2021

Code ATC	Type de médicaments	Usage	Justification	Nombre de membres	Nombre de DDD
C03+ C07+ C08+ C09	Antihypertenseur	Maladies cardiovasculaires et hypertension artérielle	Molécules les plus prescrites	322 218	177 576 568
B01	Antiagrégant	Risque de thrombose	Molécules les plus prescrites	236 180	77 952 748
C10A A	Statine	Cholestérol élevé	Molécules les plus prescrites	188 989	70 455 883
A02B	Inhibiteur de la pompe à proton	Ulcère gastro-intestinal et reflux	Molécules les plus prescrites	201 126	47 321 032
A10	Hypoglycémiant	Diabète	Molécule témoin	99 322	40 888 658
N06A	Antidépresseur	Dépression	Consommation problématique	100 349	26 252 373
M01A	Anti-inflammatoire non stéroïdien	Inflammation, rhumatisme	Impact négatif sur les reins	117 954	7 930 403
N02A	Antidouleur opiacé	Douleur	Douleur chronique insuffisamment ou mal traitée	111 153	6 431 125
J01	Antibiotique	Infection bactérienne	Responsables de la résistance bactérienne	182 773	4 684 044
N05A	Antipsychotique	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	Consommation problématique	35 355	2 648 326

Source : Solidaris

Ces 10 molécules représentent respectivement 75% et 66% des DDD délivrées aux affiliés âgés de 70 ans et plus et ceux de moins de 70 ans. La consommation de certaines molécules diffère fortement selon l'âge de l'affilié (Tableau 3) :

- En termes de DDD délivrées, la consommation d'antiagrégants, contre les risques de thrombose, est presque deux fois plus élevée chez les 70 ans et plus que chez les moins de 70 ans (13% contre 7%). La consommation d'antihypertenseurs est également plus importante chez les 70 ans et plus (29% contre 18%). En d'autres termes, près d'une dose sur trois délivrée aux affiliés de 70 ans et plus est un antihypertenseur alors que cela ne représente moins d'une dose sur cinq délivrée au moins de 70 ans. L'augmentation avec l'âge est nettement plus limitée dans le cas des statines (11% versus 9%).

- A l'inverse, on observe une diminution de la consommation d'antidépresseurs, d'anti-inflammatoires et d'antipsychotiques avec l'âge.
- Au niveau des molécules restantes (hypoglycémiant, inhibiteurs de la pompe à proton, antibiotiques et antidouleurs), la consommation ne change pas fondamentalement en fonction de l'âge de l'affilié (l'écart étant inférieur à 1 point de pourcentage).

Tableau 3: Consommation par type de médicaments pour les personnes âgées de 70 ans et plus et pour celles de moins de 70 ans (nombre et % de DDD), 2021

Type de médicament	Nombre DDD		DDD (%)	
	< 70 ans	>= 70 ans	< 70 ans	>= 70 ans
Antitagrégants	66 308 308	77 952 748	7%	13%
Antibiotiques	17 572 424	4 684 044	2%	1%
Antidépresseurs	86 423 100	26 252 373	9%	4%
Antidouleurs opiacés	17 638 014	7 930 403	2%	1%
Antihypertenseurs	185 017 942	177 576 568	18%	29%
Anti-inflammatoires	32 782 056	6 431 125	3%	1%
Antipsychotiques	18 221 262	2 648 326	2%	0%
Hypoglycémiant	68 915 935	40 888 658	7%	7%
Inhibiteurs de la pompe à protons	90 485 029	47 321 032	9%	8%
Statines	87 629 435	70 455 883	9%	11%
Autre	345 060 096	153 853 406	34%	25%
TOTAL	1 016 053 602	615 994 567	100%	100%

Source : Solidaris

2.3 Points d'attention en comparaison avec l'étude de 2013

Il est à noter qu'il existe quelques différences au niveau des données et de la méthodologie par rapport à l'étude de 2013 (basée sur les chiffres 2009-2011) :

- Le groupe constitué des résidents entrés pour la première fois en maison de repos en 2021 est presque deux fois moins important que dans l'ancienne étude (3.747 affiliés versus 6.943 affiliés), car ici la période considérée pour analyser les entrées en maison de repos est le premier semestre 2021 alors que c'était pendant une année complète dans l'étude précédente (2010). Ceci en raison des données disponibles au moment de l'étude.
- L'étude de 2013 intégrait également les maisons de repos situées à Bruxelles et des cantons de l'Est. Ce n'est pas (plus) le cas ici pour des raisons de disponibilité des données. Ceci a cependant un impact relativement limité dans la mesure où le nombre de lits de soins de longue durée dans les maisons de repos à Bruxelles représente environ 11% du nombre total de lits en Belgique (situation en 2018)¹⁸ et que la Communauté germanophone compte 9 maisons de repos (situation en 2021)¹⁹.

¹⁸ Soins aux personnes âgées - Vers une Belgique en bonne santé (belgiqueenbonnesante.be).

¹⁹ Callies et al. (2021).

- Les résidents entrés en première fois en maison de repos en 2021 ont été sélectionnés au courant du premier semestre 2021, c'est-à-dire au milieu de la troisième vague liée au coronavirus (25 février-27 juin 2021). Nous pouvons supposé que l'impact en termes de surmortalité liée au Covid-19 est donc relativement limité étant donné que la grande majorité des décès dans les maisons de repos se sont surtout produits au cours des première et deuxième vagues¹⁹. De plus, d'un point de vue méthodologique, nous avons uniquement sélectionné les affiliés qui ne sont pas décédés en 2020 ou 2021. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons mentionner que l'observance au traitement avec des médicaments contre la tension artérielle, le diabète et les maladies respiratoires est restée stable en 2020²⁰.

3 Analyse longitudinale de la consommation de médicaments en maison de repos

Dans cette section, nous présentons les résultats issus de l'analyse longitudinale en matière de prescription de médicaments remboursables des personnes âgées, avec un focus particulier sur les dix molécules sélectionnées précédemment, afin d'isoler l'impact de l'institutionnalisation (Tableau 2). Nous analysons ainsi 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 et évaluons changements de médication induits par une entrée en maison de repos²¹.

3.1 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 d'environ 3,5 millions de DDD (moyenne de 943 DDD par affilié) à un peu moins de 2,9 millions de DDD (moyenne de 772 DDD par affilié) suite à l'entrée en maison de repos (Tableau 4). La consommation diminue ainsi de 18%²².

Dans l'étude de 2013, on constatait également une légère diminution de la consommation de médicaments après l'entrée en maison de repos, mais elle était beaucoup plus faible (2%).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette différence :

- 1) On peut notamment expliquer la baisse de la consommation observée entre l'étude de 2013 par l'introduction de la tarification à l'unité (délivrance par comprimé) dans les maison de repos en 2015 (mesure obligatoire) ainsi que par la possibilité de préparation médicale individuelle (PMI) depuis 2012²³. La PMI consiste ainsi à regrouper et préparer l'ensemble des médicaments prescrits à un patient sous un seul conditionnement dans le cadre d'un

²⁰ Van Duynslaeger, Willaert et Vanoverloop (2022).

²¹ Pour corriger, entre autres, l'introduction de la tarification à l'unité (cf. pilule) dans les maison de repos, le calcul des DDD est effectué sur base du nombre de doses présentes dans les boîtes de médicaments délivrées. Seules les DDD délivrées pendant les six mois précédant ou suivant l'institutionnalisation sont incluses dans l'analyse. Par exemple, si une boîte de médicaments pour la tension artérielle de 90 DDD (doses quotidiennes pendant 3 mois) a été délivrée un mois avant l'entrée en maison de repos, nous ne prenons en compte que 30 DDD (un mois) délivrées pendant la période « six mois avant l'entrée en maison de repos » (les 60 DDD restantes n'étant pas comptabilisées) ; l'hypothèse sous-jacente étant qu'une DDD correspond à un traitement d'un jour.

²² Il s'agit du nombre de DDD délivrées, c'est-à-dire qu'il n'est pas certain que le patient ait pris tout le traitement dans son intégralité. Pour la délivrance de boîtes de médicaments, la différence entre la délivrance et la prise effective est susceptible d'être plus importante que dans le cas de la délivrance à l'unité.

²³ Cf. Arrêté Royal du 24 septembre 2012 établissant les règles relatives à la préparation de médication individuelle (PMI) publié au Moniteur Belge le 28 septembre 2012.

traitement pour maladie chronique et consiste en un suivi personnalisé des soins pharmaceutiques dans le cadre d'un accord conclu entre le patient, le pharmacien et le médecin. Cela permet : i. d'établir le schéma médicamenteux d'un patient et de veiller à ce qu'il n'y ait pas de contre-indications ou autres entre les différents traitements à administrer ; ii. de mieux répondre aux besoins du sénior avec des conditionnements faciles à utiliser et administrer pour chaque moment de prise (cf. par exemple des formes galéniques différentes d'un médicament pour les patients ayant des difficultés de déglutition) ; iii. d'améliorer la qualité des soins en évitant les erreurs liées aux médicaments (en « garantissant l'administration correcte du bon médicament au bon patient, au bon moment, selon la bonne posologie »²⁴). Cette mesure a également ainsi pour objectif d'améliorer le contrôle de l'utilisation de médicaments et d'éviter la surconsommation de médicaments en maison de repos. Le corollaire étant également que la maison de repos ne dispose plus d'un grand stock de médicaments comme c'était le cas auparavant ; ce qui limite la consommation de médicaments ou les changements de traitement mais peut aussi parfois poser des problèmes lorsqu'il y a un besoin d'un traitement urgent ou d'un changement de traitement pendant le weekend par exemple. Certaines maisons de repos s'organisent ainsi pour disposer d'un stock « tampon » et de médicaments à usage fréquent en réserve pour éviter de tomber à court. Si la PMI reste aujourd'hui optionnelle, elle est de plus en plus pratiquée dans les maisons de repos de sorte que les pratiques au sein de ces dernières ont évolué. En outre, l'introduction de la PMI a aussi permis des évolutions dans le chef des patients avec les familles des résidents qui se sont de plus en plus intéressées à la consommation de médicaments de leurs proche institutionnalisés, d'autant plus qu'elles doivent parfois intervenir financièrement pour la prise en charge de leur proche (que ce soit pour payer les médicaments ou les autres factures liées au séjour en maison de repos).

- 2) De même, ces dernières années, une attention accrue a été accordée à une meilleure politique de médication avec des actions autour de la polymédication, d'une meilleure orientation des patients en termes d'utilisation des médicaments,... A cet égard, l'asbl Liages (anciennement « Espace Seniors »), a par exemple organisé il y a quelques années une campagne d'information et de sensibilisation avec une conférence intitulée « La (dé)prescription des médicaments chez les seniors »²⁵ qui a d'ailleurs été reconnue comme journée de formation pour les directeurs et membres du personnel de maison de repos mais également des séances d'information « (Dé)prescrivez-moi ça ?! » destinées aux seniors pour aborder avec eux la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin, les attitudes adoptées par leur médecin en termes de prescription ainsi que les différentes réactions des seniors. Cette campagne s'intégrait d'une manière plus large dans le projet « Dosez-moi ça ! » du Service Promotion de la santé de Solidaris dont l'objectif était d'améliorer la qualité dans la prescription, la délivrance et la consommation de médicaments auprès de différents publics.
- 3) Il y a également eu des efforts en matière de formation des médecins coordinateurs et conseillers (MCC) dans les maison de repos. Cela pour leur permettre d'assurer au mieux leurs missions, en concertation avec le(s) infirmier(s) en chef, et les tâches liées aux soins : i. organiser la concertation pluridisciplinaire, ii. mettre en place des politiques de prévention, iii. organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens, iv. établir et actualiser chaque année le formulaire médico-pharmaceutique, v. etc. Le MCC joue donc un rôle central en termes de prescription de médicaments.
- 4) Enfin, cela peut aussi être dû en partie à une population légèrement différente de celle de l'ancienne étude²⁶.

²⁴ Multipharma (2023).

²⁵ Liages (2017) et voir le site [\(Dé\)prescrivez-moi ça ?! - Liages](#).

²⁶ Voir section méthodologique.

Lorsqu'on analyse la situation par type de médicaments, la diminution des DDD est la plus prononcée pour les anti-inflammatoires (-49%) et les antidiabétiques (-33%) alors qu'elle est la plus faible pour les antidépresseurs (-8%) et les inhibiteurs de la pompe à protons (-3%). Ce n'est que pour les antipsychotiques que la délivrance de DDD augmente après l'entrée en maison de repos (+8%).

Tableau 4 : Délivrance de DDD six mois avant et six mois après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021

Type de médicament	Nombre de DDD avant l'entrée en maison de repos	Nombre de DDD après l'entrée en maison de repos	Différence (absolue)	Différence (%)
Anti-inflammatoires	20 514	10 442	-10 072	-49%
Hypoglycémiant	162 403	10 9591	-52 813	-33%
Antiagrégants	491 533	366 218	-125 315	-25%
Antibiotiques	44 909	34 975	-9934	-22%
Autres	986 137	770 597	-215 540	-22%
Anti-douleurs	59 225	49 272	-9953	-17%
Antihypertenseurs	942 044	783 912	-158 132	-17%
Statines	267 151	233 280	-33 871	-13%
Antidépresseurs	242 164	223 553	-18 611	-8%
Inhibiteurs de la pompe à protons	277 167	270 081	-7086	-3%
Antipsychotiques	42 029	45 279	3250	8%
TOTAL	3 535 277	2 897 199	-638 077	-18%

Source : Solidaris

3.2 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^{er} niveau) et sur base du nombre de classes thérapeutiques délivrées (ATC-4^{ème} niveau)²⁷. Le Tableau 5 donne la distribution des affiliés²⁸ selon le nombre de systèmes traités (ATC-1^{er} niveau) au cours des six mois précédant et des six mois suivant l'entrée en maison de repos. Il existe peu de différence au niveau de la polymédication avant et après l'entrée en maison de repos, ceci étant vrai tout au long de la distribution. La moitié des affiliés (P50 ou médiane) prend 4 types de médicaments différents après leur entrée en maison de repos contre 5 lorsqu'ils vivaient à domicile.

²⁷ 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.

²⁸ C'est-à-dire que la population d'affiliés est répartie en classes égales selon le niveau de polymédication : le P25 représente les 25% des affiliés qui ont le moins de polymédication, le P50 représente 50% des affiliés et le P75 représente les 25% des affiliés qui ont le plus de polymédication.

Tableau 5 : Distribution des affiliés selon le nombre de systèmes (ATC-1er niveau) traités par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2020-2021

	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Moyenne
Avant	2	2	4	5	6	7	8	5
Après	2	2	3	4	6	7	8	5

Source : Solidaris

Lorsque la polymédication est analysée de manière plus fine et sur base des classes thérapeutiques (ATC-4^{ème} niveau), la consommation de médicaments avant et après l'entrée en maison de repos diminue quelque peu (Tableau 6). Si la moitié des affiliés se voyait prescrire 8 classes thérapeutiques différentes six mois avant l'entrée en maison de repos, ils reçoivent 7 classes thérapeutiques différentes après être entré en maison de repos. La baisse est plus marquée pour 25% des affiliés à qui l'on prescrit deux classes thérapeutiques en moins après l'institutionnalisation. L'entrée en maison de repos induit donc quelques changements à la baisse en termes de polymédication pour une majorité des affiliés (cf. P25).

Par rapport à il y a 10 ans, il s'agit d'une légère amélioration (il y avait alors une augmentation limitée ou une situation stable après l'entrée en maison de repos). Cela s'explique entre autres parce que le nombre moyen de médicaments différents qu'une personne prend avant son entrée de maison de repos (c'est-à-dire à domicile) est légèrement plus élevé que dans l'étude de 2013 (au niveau ATC1, de 4 à 5 médicaments différents, au niveau ATC4, de 8 à 9 médicaments différents).

Tableau 6 : Distribution des affiliés selon le nombre de systèmes (ATC-4ème niveau) traités par affilié 6 mois avant et 6 mois après l'entrée en maison de repos, 2020-2021

	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Moyenne
Avant	2	3	6	8	12	15	17	9
Après	2	3	5	7	10	14	15	8

Source : Solidaris

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

Le Tableau 7 donne, par molécule sélectionnée, le nombre et le pourcentage d'affiliés traités avant et après l'entrée en maison de repos (délivrance d'au moins 30 DDD sur la période). Parmi les 10 molécules étudiées, on observe des variations plus ou moins grandes suite à l'institutionnalisation :

- Pour une majorité de molécules, soit 7 sur 10, on observe une diminution de la population sous traitement. La baisse la plus importante concerne les anti-inflammatoires pour lesquels la moitié de la population n'en consomme plus suite à l'entrée en maison de repos. C'est également le cas pour les antibiotiques (-20%), les statines (-17%), les antibiotiques (-14%), les hypoglycémisants (-14%) et les antiagrégants (-11%) pour lesquels on observe une baisse de plus de 10%. La diminution est nettement plus limitée en ce qui concerne les antidouleurs opiacés (-3%) et les antihypertenseurs (-2%).

Pour les 3 molécules restantes, on constate une augmentation de la population traitée suite à l'entrée en maison de repos : les inhibiteurs de la pompe à proton (+8%), les antidépresseurs (+8%) et les antipsychotiques (+14%). Par rapport à notre précédente étude réalisée en 2013, cette augmentation est toutefois beaucoup moins prononcée pour les antidépresseurs (+8% contre +16% en 2010) et les antipsychotiques (+14% contre +34% en 2010).

Tableau 7 : Nombre et proportion de personnes sous traitement avant et après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021

Type de médicament	Nombre de personnes ayant un traitement		% avec traitement		Différence nombre d'affiliés (%)
	Avant	Après	Avant	Après	
Anti-inflammatoires	247	124	7%	3%	-50%
Antibiotiques	454	362	12%	10%	-20%
Statines	1447	1203	39%	32%	-17%
Hypoglycémiant	731	626	20%	17%	-14%
Antiagrégants	2533	2267	68%	61%	-11%
Antidouleurs	522	508	14%	14%	-3%
Antihypertenseurs	2899	2833	77%	76%	-2%
Inhibiteurs de la pompe à protons	1764	1905	47%	51%	8%
Antidépresseurs	1328	1437	35%	38%	8%
Antipsychotiques	375	427	10%	11%	14%

Source : Solidaris

Le Tableau 8 et la Figure 2 montrent le pourcentage de la population sous traitement en fonction de la période à laquelle le traitement a été initié ou arrêté. En effet, un même pourcentage de population sous traitement 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 en termes de consommation de médicaments.

C'est par exemple le cas pour les antidépresseurs et les antipsychotiques : la proportion d'affiliés traités par antidépresseurs passe de 35% à 38% et celles par antipsychotiques de 10% à 11% suite à l'entrée en maison de repos (Tableau 7). L'analyse montre également que parmi les 1.437 affiliés sous antidépresseurs en maison de repos, 339 affiliés ont initié leur traitement après leur entrée en maison de repos (Tableaux 7 et 8). En d'autres mots, près d'un quart (24%) des affiliés sous antidépresseurs en maison de repos a débuté son traitement suite à l'entrée en maison de repos. Il en est de même en ce qui concerne les antipsychotiques : parmi les 427 affiliés sous traitement en maison de repos, 215 affiliés ont initié ce dernier après leur institutionnalisation, soit un affilié sur deux (Tableaux 7 et 8).

Inversement, la proportion d'affiliés sous antiagrégants et statines diminue après l'entrée en maison de repos. Ainsi, parmi les 2.533 affiliés sous traitement par antiagrégants avant l'entrée en maison de repos, 572 affiliés ont arrêté leur traitement suite à leur institutionnalisation (Tableau 8). De

même, parmi les 1.447 affiliés sous statines, 391 ont arrêté leur traitement après leur entrée en maison de repos. Autrement dit, 22% des affiliés qui étaient sous antiagrégants et 27% des affiliés qui étaient sous statines avant l'entrée en maison de repos arrêtent leur traitement après l'institutionnalisation.

Tableau 8 : Nombre et pourcentage de personnes sous traitement avant et après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021

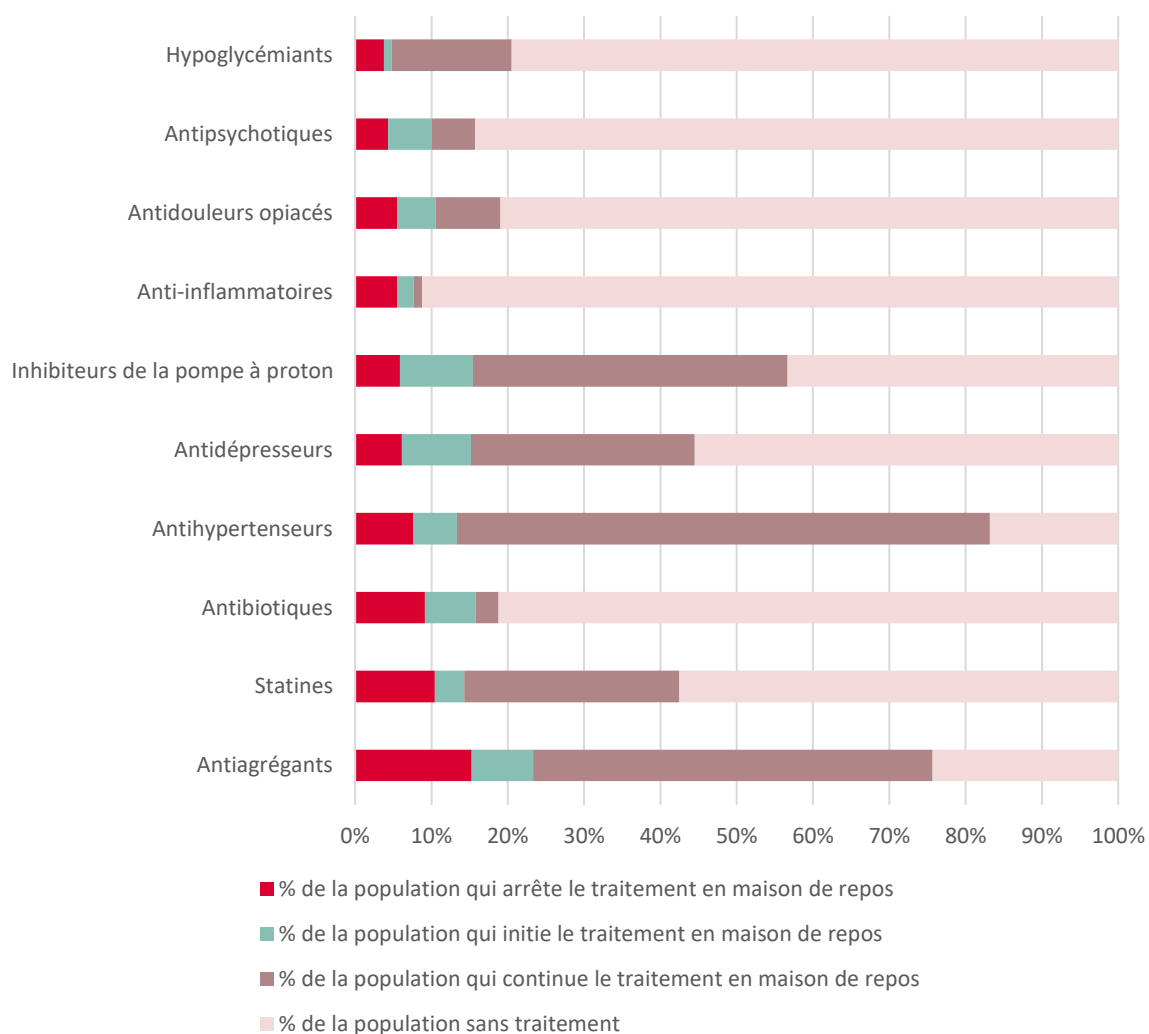
Type de médicament	Nombre de personnes ayant un traitement		Lors de l'entrée en maison de repos		
	Arrêté	Initié	% de la population qui arrête*	% de la population qui initie**	% de la population qui continue*
Antiagrégants	572	302	22%	13%	78%
Statines	391	145	27%	12%	73%
Antibiotiques	343	250	76%	69%	24%
Antihypertenseurs	284	216	10%	8%	90%
Antidépresseurs	230	339	17%	24%	83%
Inhibiteurs de la pompe à protons	220	359	12%	19%	88%
Anti-inflammatoires	206	82	83%	67%	17%
Antidouleurs	205	191	39%	38%	61%
Antipsychotiques	162	215	43%	50%	57%
Antidiabétiques	142	37	19%	6%	81%

* Le dénominateur est le nombre de personnes ayant un traitement avant l'entrée en maison de repos (voir Tableau 7).

** Le dénominateur est le nombre de personnes ayant un traitement après l'entrée en maison de repos (voir Tableau 7).

Source : Solidaris

Figure 2 : Affiliés (en %) sous traitement avant et après l'entrée en maison de repos par type de médicament, 2020-2021



* Le dénominateur dans chaque cas est le nombre d'affiliés entrés en maison de repos au cours du 1^{er} semestre 2021 (N=3.747).

Source : Solidaris

4 Conclusion

Si plusieurs études se sont penchées sur la question de la consommation de médicaments en maison de repos, peu se sont attachées à pouvoir objectiver et identifier clairement comment varie la consommation de médicaments suite à une entrée en maison de repos.

Cette étude permet ainsi d'apporter un éclairage nuancé sur la problématique et réactualise les analyses que Solidaris avait réalisées il y a dix ans sur cette question, en suivant de manière longitudinale les personnes âgées de 70 ans et plus entrées en maison de repos pour la première fois au cours du premier semestre 2021 (environ 3.750 affiliés en Wallonie et en Flandre) et en comparant leur consommation de médicaments 6 mois avant et 6 mois après leur institutionnalisation.

Une série d'enseignement peuvent en être tirés :

- **Les personnes consomment moins de médicaments lorsqu'elles sont en maison de repos.** L'entrée en maison de repos est associée à une baisse de la consommation de médicaments (exprimée en nombre de doses quotidiennes, cf. en DDD). En moyenne, une personne en maison de repos prend 772 DDD au cours des six mois suivant son institutionnalisation, contre 943 six mois avant son institutionnalisation. En d'autres mots, la consommation de médicaments diminue de 18% suite à l'entrée en maison de repos. Ce constat diffère sensiblement de ce qu'on pouvait observer il y a une dizaine d'année où l'entrée en maison de repos se traduisait par une consommation globale de médicaments relativement stable. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette tendance : entre autres, l'introduction de la tarification à l'unité (cf. par comprimé) dans les maisons de repos en 2015 ainsi que la possibilité de préparation de médication individuelle depuis 2012 mais aussi la sensibilisation accrue concernant une utilisation rationnelle du médicament et la formation des médecins coordinateurs et conseillers dans les maisons de repos.
- **L'entrée en maison de repos entraîne un peu moins de consommation de médicaments différents (polymédication).** En moyenne, les affiliés se voient prescrire 8 classes de médicaments différentes (au niveau ATC4) suite à l'entrée en maison de repos, contre 9 lorsqu'ils étaient à domicile. A noter que 10% d'affiliés prennent jusqu'à 14 classes de médicaments différentes après l'entrée en maison de repos contre 15 à domicile.
- **Les personnes en maison de repos se voient prescrire quelques changements de traitements.** L'analyse longitudinale montre qu'il existe des différences, plus ou moins importantes, entre les médicaments prescrits en maison de repos en comparaison à la situation lorsque la personne était à domicile.
 - 38% des personnes en maison de repos prennent des antidépresseurs (au moins 30 doses quotidiennes sur six mois) contre 35% lorsqu'elles étaient chez elles, soit une augmentation de 9%. Parmi elles, une personne sur quatre a commencé à prendre des antidépresseurs après l'entrée en maison de repos.
 - 11% des personnes en maison de repos prennent des antipsychotiques, ce pourcentage étant de 10% lorsqu'elles étaient à domicile. La moitié des personnes en maison de repos sous antipsychotiques a commencé à les prendre après leur institutionnalisation.
 - 32% des personnes en maison de repos prennent des statines contre 39% auparavant, soit une diminution de 18%. Ainsi, 27% des personnes prenant des médicaments pour réduire le taux de cholestérol arrêtent leur traitement après leur arrivée en maison de repos.
 - 61% des personnes en maison de repos prennent des antithrombotiques contre 68% lorsqu'elles étaient à domicile, soit une diminution de 18%. Plus d'une personne sur cinq prenant des antithrombotiques arrêtent leur traitement après l'arrivée en maison de repos.

5 Recommandations

Sur base de ces résultats, on constate que des progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de prescription des médicaments en maison de repos notamment via l'introduction de la tarification à l'unité obligatoire depuis le 1^{er} avril 2015 et la possibilité de préparation médicale individuelle.

Il est cependant indispensable de poursuivre les efforts en matière de sensibilisation des prestataires de soins : la révision des prescriptions à l'aide des critères explicites et reconnus ainsi que les stratégies d'éducation destinées à sensibiliser les médecins aux prescriptions inappropriées permettent de lutter contre la surmédicalisation et contribuent à l'utilisation rationnelle de médicaments chez la personne âgée. Il importe également de continuer à sensibiliser et former les professionnels qui accompagnent les seniors au quotidien comme le personnel soignant mais aussi de sensibiliser les patients eux-mêmes sur cette problématique.

Solidaris plaide pour les recommandations suivantes :

- **Une implication des pharmaciens dans le monitoring de la qualité de la prescription de médicaments en maison de repos via la désignation de pharmacien coordinateur et conseiller (PCC).** La Flandre a déjà franchi le pas en ce sens²⁹ : la maison de repos peut s'appuyer sur un pharmacien coordinateur et conseiller (par exemple, celui qui délivre les médicaments à l'institution) pour organiser la prise en charge pharmaceutique des résidents³⁰. A noter que Multipharma vient également tout récemment d'annoncer l'introduction des PCC dans les maisons de repos et de soins et autres institutions de soins avec qui ils travaillent³¹. Solidaris plaide pour généraliser cette bonne pratique qui permet au PCC : i. d'assurer notamment le rôle d'expert du médicament au sein du personnel soignant, afin de discuter et revoir les schémas de médication du patient si besoin en consultation avec le médecin traitant ; ii. d'aider et soulager de la sorte les équipes de soins ; iii. mais aussi de jouer le rôle de conseiller auprès du résident (ou son représentant) en ce qui concerne sa consommation de médicaments. En effet, les pharmaciens ont un rôle de référent important à jouer en la matière. Ils peuvent, par exemple, surveiller le suivi de l'adhérence au traitement et les interactions entre différents médicaments prescrits mais aussi non prescrits. Il est crucial de surveiller de près si les personnes en maison de repos ne consomment pas trop de médicaments ou des médicaments inutiles pour éviter des effets secondaires et des contre-indications avec d'autres médicaments. S'il s'agit évidemment d'une tâche essentielle du médecin traitant, désigner un pharmacien coordinateur et conseiller permet à ce dernier de jouer un rôle à cet égard au même titre que le médecin coordinateur et conseiller.
- **Un renforcement du rôle du médecin coordinateur et conseiller de la maison de repos (MCC).** Outre les missions qui lui sont déjà actuellement confiées dans le cadre de son activité rémunérée par la maison de repos, Solidaris propose que le MCC soit chargé d'organiser et d'assurer des activités de formation continue à l'intention du personnel de l'institution, par exemple une fois par an, dans l'objectif de le sensibiliser sur une thématique précise relative à la prescription du médicament (prescription des médicaments « evidence based », utilisation de guidelines ou de critères standards reconnus comme la liste Stopp et Start³²,

²⁹ Il s'agit d'une possibilité laissée à la discrétion de la maison de repos et ce n'est donc pas obligatoire. Aucune rémunération n'est par ailleurs (encore) prévue pour le pharmacien.

³⁰ Une formation a d'ailleurs été mise en place par la Katholieke Universiteit Leuven : https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/CQ_57044473.htm#activetab=diploma_omschrijving.

³¹ Multipharma (2023).

³² L'outil Stopp et Start consiste en une liste de critères explicites, validée par des experts, permettant l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits aux seniors et de détecter des prescriptions potentiellement inappropriées.

etc.). Cette formation serait réalisée en étroite collaboration avec le pharmacien coordinateur et conseiller et pourrait également s'appuyer, par exemple, sur les données de ce dernier en matière de délivrance de médicaments à la maison de repos afin de permettre un feedback concernant les pratiques propres à la maison de repos. Cela pourrait ensuite permettre un feedback individuel et des entretiens privilégiés concernant la situation des résidents.

- **Une plus grande attention portée au bien-être en améliorant l'approche non-pharmacologique afin de réduire la consommation de médicaments.** L'entrée en maison de repos représente un changement d'environnement qui peut être bouleversant pour la personne âgée. Cela peut générer un stress chez la personne âgée et influencer sur son état physique et psychique si bien que la première solution apportée réside souvent dans la prescription de médicaments alors qu'on peut agir préventivement (préparation de l'entrée en maison de repos, accueil avec un accompagnement individuel, attention particulière portée au bien-être du résident et aux activités proposées, etc.). Ceci dans l'objectif que la personne âgée se sente moins isolée, qu'elle se sente globalement mieux, etc. car cela a indéniablement un impact cognitif important et peut directement influencer la consommation de médicaments (cf. moins de tendance à exprimer des plaintes ou à réclamer des médicaments par exemple).

Au-delà de ces recommandations spécifiques au secteur, Solidaris plaide pour un changement de paradigme. La maison de repos ne doit plus être stigmatisée ou pointée du doigt comme un lieu de surconsommation systématique de médicaments, les évolutions du secteur ces dix dernières années en attestent.

La question de la (sur)consommation de médicaments des personnes âgées doit être abordée de manière générale et doit faire l'objet d'une réelle politique de santé publique dans la mesure où il existe également des problèmes à domicile (cf. automédication et risques potentiels qui peuvent découler d'une consommation abusive/contre-indiquée de certains médicaments pris conjointement/etc., moins de surveillance médicamenteuse, coordination et concertation multidisciplinaire qui peut être moindre qu'en maison de repos, etc.).

En ce sens, il s'agit que les bonnes pratiques appliquées en maison de repos puissent inspirer le secteur à domicile. Par exemple, la médication « sur mesure » répondant aux besoins individuels du patient âgé - via la préparation de médication individuelle ainsi que la tarification à l'unité - pourrait être étendue aux personnes vivant à domicile. Cela permettrait d'éviter le gaspillage en adaptant la distribution aux besoins individuels mais aussi de donner au pharmacien et au médecin traitant une vue précise sur l'historique thérapeutique du patient pour assurer un meilleur suivi et éviter l'utilisation abusive/contre-indiquée de médicaments.

Bibliographie

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

Boutsen, Maron, Vrancken, 2013, « Consommation de médicaments en maison de repos : une analyse longitudinale », UNMS - Direction Etudes, p. 19

Callies et al., 2021, « Surveillance Covid-19 en maisons de repos et maisons de repos et de soins », p. 39, [SURVEILLANCE COVID-19 EN MAISONS DE REPOS ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS \(sciensano.be\)](https://www.sciensano.be/fr/surveillance-covid-19-en-maisons-de-repos-et-maisons-de-repos-et-de-soins).

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, [L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges | KCE \(fgov.be\)](https://www.fgov.be/fr/kce/publications/rapports/47b-utilisation-des-medicaments-dans-les-maisons-de-repos-et-les-maisons-de-repos-et-de-soins-belges)

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.

Liages (Espace seniors), 2017, Actes de la conférence « La (dé)prescription des médicaments chez les seniors », Espace Seniors, Conférence du 23 octobre 2017, p. 42.

Multipharma (2023), « Multipharma introduit le pharmacien coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et de soins », Communiqué de presse, 16 mars 2023, <https://press.multipharma.be/multipharma-introduit-le-pharmacien-coordinateur-et-conseiller-dans-les-maisons-de-repos-et-de-soins>.

Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2021, *Health at a glance*, Publication OCDE, Paris, <https://stat.link/s5ah40>.

Van Duynslaeger, Willaert et Vanoverloop 2022, « Impact de la crise du coronavirus sur la consommation de médicaments », [Agence intermutualiste \(AIM-IMA\), p. 28, rapport aim - impact de la crise du coronavirus sur la consommation de médicaments - fr.pdf \(ima-aim.be\)](https://www.aim-ima.be/fr/rapport-impact-de-la-crise-du-coronavirus-sur-la-consommation-de-medicaments-fr)

Willaert, 2022, « Médicaments dans la dernière année de vie, Solidararis », Solidararis, p. 31, <https://corporate.solidaris-vlaanderen.be/wp-content/uploads/2022/03/Studierapport-Medicatie-laatste-levensjaar-202201.pdf>.